Die Wandlungen des Psychogenie-Begriffs

Historisch-vergleichende Studie zum Leib-Seele-Problem

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

HEINRICH BUESS
med. pract.

aus

Wenslingen
(Baselland)

1940
VERLAG WILLY DÖHNEL, HÖLSTEIN

Die Wandlungen des Psychogenie-Begriffs

Historisch-vergleichende Studie zum Leib-Seele-Problem

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

HEINRICH BUESS
med. pract.

aus

Wenslingen
(Baselland)

1940
VERLAG WILLY DÖHNEL, HÖLSTEIN

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt

auf Antrag von Herrn Professor Dr. R. BING

Tag der Promotion: 17. November 1937.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Dem Andenken meines teuren Vaters,
meiner geliebten Mutter
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546711_0030

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorwort von Professor Dr. *R. Bing* IX

Bibliographie XI

Erster Teil: Historisch-chronologische Betrachtung der Entwicklung des Hysterie-Begriffes von den Anfängen bis auf unsere Tage 1

I. Altertum (bis zu Christi Geburt)
Antike Kulturvölker (Perser, Ägypter, Mesopotamier, Juden, Indier, Chinesen) 1
Griechen: während der 5 Perioden („epische", naturphilosophische, hippokratische, dogmatische und alexandrinische) 3

II. „Frühchristliche Aera" (1—450 n. Chr.)
Celsus, Aretaeus, Galenus, Aurelianus, Oribasius, Theodorus . . 5

III. Mittelalter (450—1453 n. Chr.)
Aetius von Amida, Priscianus, Paul von Aegina, Alexander von Tralles.
Die arabische Schule.
Einfluß des Christentums („Hexenzeitalter").
Schule von Salerno 6

IV. Neuzeit 8
Renaissance *(Primerose, Paracelsus, Holerius, Montanus, Fernel, Ambroise Paré, Jean de Wier, Forestus, Montaigne).*
17. Jahrhundert *(Piso, Sennert, Rivière, van Helmont, Liébaud, Varandée, Boerhave, Hochstetter, Hoffmann).*
18. Jahrhundert } zahlreiche Autoren.
19. Jahrhundert }

V. Neueste Zeit (von *Charcot* weg) 12
1. Periode: Mehr oder weniger charakterisierte organische Grundlage und Lokalisation.
2. Periode: Psychologische Bewältigung des Hysterie-Problems im französischen *(Babinski)* und deutschen Sprachgebiet (Psychiatrie, Psychoanalyse): alleinherrschend bis zum Auftreten der Encephalitis-Epidemie.
3. Periode: Mitberücksichtigung physio-pathologischer Tatsachen auf Grund der (post-)encephalitischen Störungen und Hinwendung zu synthetischer Inangriffnahme des Problems der Hysterie von Biologie und Psychologie aus.

Seite

Zweiter Teil: Vergleichende Darstellung der Anschauungen vom Wesen der Hysterie 17

A. Die Hysterie mit bestimmtem Substrat und umschriebener Lokalisation:

I. In den weiblichen Genitalien

1. im Uterus 17

a) Lageveränderungen des Uterus infolge von Entbehrung der männlichen Samenflüssigkeit: *Hippokrates.*

b) Überfluß an weiblicher Samenflüssigkeit und Menstruationsblut: *Galen.*

c) Fäulnis des uterinen Entzündungsmaterials: *Sennert* und *Rivière.*

d) Scharfer Schleim in den Uteruskrypten: *Astruc, Chambon.*

e) Reizung des Uterus bei sexueller Abstinenz, bei venerischen Exzessen, Metritiden u. a.: *Puyol, Broussais.*

2. Im uterinen Nervensystem 23
Cullen, Lieutaud, Louyer-Vuillermay, Landouzy, Romberg.

3. In den Adnexen 25
Schutzemberger, Bouillaud.

II. Bestimmte Körpersäfte (Humores) 26
Chylus *(Pitcairn),*
„Bauchhöhlensaft" *(Mauriceau),*
„Blutsaft" *(Barbeyrac),*
„Nervenpathogene" Säfte *(Cheyne),*
Gärungssäfte *(Langius),*
Lymphe *(Blackmore),*
„Physikalisch krankes" Blut *(Highmore).*

III. Im Nervensystem 29

1. Im gesamten Nervensystem: *Sydenham, Boerhaave, Tissot, Raulin, Sauvages, Pomme, Lorry, Whitt, Brodie, Hufeland, Copeland* u. *Conolly, Sandras, Forget, Hasse.*

2. Im Nervensystem der Beckenorgane: 38
Dubois d'Amiens, Barbier d'Amiens, Mérat, Valentiner.

3. Im Rückenmark und den Spinalnerven 39
Amard u. *Tate, Brown, Brower, Ollivier d'Angers, Teale, Todd, Porter, Thomas, Griffin, Turck, Benedikt.*

4. Im Gehirn 40

a) Im Gehirn in seiner Gesamtheit 41
Pratis, Lepois, Hochstetter, Willis, Schacht, Georget, Foville, Brachet u. *Briquet.*

Seite

b) Bestimmte Lokalisation im Gehirn 45

(α) In der Hirnrinde 46
Grasset, Sollier, Sahli, Pawlow neben kürzeren einschlägigen Bemerkungen.

Komplexität des Verhältnisses organisch-hysterisch . 52

(β) Im „Subcortex“ 53

aa) Extrapyramidales Nervensystem 53
Physiologie und klinisch bekannteste Krankheitsbilder älteren und neueren Datums.

($\alpha\alpha$) Klinik postencephalitischer, hysterieähnlicher Krankheitsbilder 55
Tabellarische Zusammenstellung.

($\beta\beta$) Pathologische Physiologie der extrapyramidalen motorischen Störungen 59

($\gamma\gamma$) Die Hysterie im Licht der extrapyramidalen Pathologie 61

1. Weshalb wurden die extrapyramidalen Affektionen für hysterisch „psychogen“ gehalten? 61
(neurologisches Bild der Hysterie, Tabelle)

2. Die von der Striatum-Pathologie ausgehenden Erklärungsversuche für die Hysterie 64
Allgemeine Bemerkungen, verschiedene Theorien (1.—6.):
Claude-Baruk, Vogt, Bing u. *Kretschmer, Pick-Kroll-Schilder*, Rumänen; *Binet-Sanglé* (Anhang).

bb) Thalamus 75
Physiologie, Pathologie und mögliche psychogene thalamische Mitbeteiligung.

cc) Hypothalamus und vegetative Zentren 76

dd) Gegend des 3. Ventrikels 79

ee) Medulla oblongata 80

ff) Kleinhirn 81

5. Weitere „organische“ Hysterie-Theorien 81
Verschiedenartige, z. T. merkwürdige Erklärungsversuche.

B. Theorien ohne pathologisches Substrat (Psychologie der Hysterie).

I. Die französische Schule 85

1. *Charcot* 85

2. Die Schule der Salpêtrière 89

3. *Babinski*- und Pitié-Schüler 90

4. *Bernheim* (Schule von Nancy) 96

Seite

5. *Pierre Janet* 98
6. Neurologische Vertreter mit etwas differenten Anschauungen 104
7. Einige ältere psychiatrische Anschauungen 107

II. Die deutsche Schule 108
a) Neurologen 108
Romberg (M. H.) und *Moebius* 108
Jolly 110
Oppenheim 111
Lewandowsky 112
Romberg (E. von) 114
Dubois und *v. Monakow* 116
Strümpell 117
Krehl 119
b) Psychiater 119
Binswanger 120
Westphal-Cramer 122
Bonhoeffer-Kohnstamm-Hellpach-Gaupp-Aschaffenburg („Wunsch-Willenstheorie“) 123
Einzelne Definitionen *(Kraepelin, Bleuler* u. A.) . . . 124
Die „Kriegshysterie“ *(Babinski-Oppenheim-Poenitz)* 127
c) Der moderne (psychiatrische) Hysterie-Begriff 130
Einleitung 130
Die hysterischen Reaktionen 132
Die hysterischen Mechanismen 134
inkl. „Hypobulik“ *Kretschmer's*.
Der hysterische Charakter 137
Die hysterischen Symptome und die hysterische Neurose . 138
Einteilung, Verhältnis zur Psychogenie, jüngste Definitionen und Ausblick 141

III. Die Wiener Schule 142
Breuer, Breuer-Freud, Freud, Jung, „Behaviour-Psychologie“, *Adler.*

Schluß 153

Anhang I: Autoren-Register 159
Anhang II: Historisch-doktrinologische Übersichts-Tabelle.

Vorwort.

Es ist mir ein Vergnügen, dieser Monographie, in welcher Dr. *Heinrich Buess* den Wandlungen, die der Hysteriebegriff von seinem ersten Auftauchen in der Medizinhistorie bis auf unsere Tage erfahren hat, auf ihren oft verschlungenen Pfaden nachgeht, einige Worte des Geleites und der Empfehlung mitzugeben.

Bin ich doch überzeugt, daß jeder Arzt (vor allem jeder Neurologe und jeder Psychiater) aus dem Studium dieses Buches Belehrung und Anregung schöpfen wird. Wichtiger aber scheint mir noch die begründete Hoffnung, es werde die kaum noch zu überbietende Vollständigkeit und Objektivität, mit welcher der Autor seiner Aufgabe gerecht geworden ist, sich heilsam auswirken auf die stetsfort aktuellen — und nur zu oft polemischen — Kontroversen über die Pathogenese psychogener Symptome und Syndrome.

Wenn wir heute einerseits das Wiederaufleben grob organizistischer Anschauungen beobachten, welche als das Substrat hysterischer Phänomene eigentliche „Läsionen" plausibel machen möchten, anderseits aber auf Auffassungen stoßen, die eine Lösung des Hysterieproblems von einer rein psychologischen, jeglicher Bindung an anatomisch-physiologische Gegebenheiten entbehrenden Betrachtungsweise erhoffen, so müssen wir für die anscheinend unüberbrückbaren Diskrepanzen ein ungenügendes (wo nicht gar fehlendes) Vertrautsein mit der ungeheuren Mannigfaltigkeit der Fragestellungen verantwortlich machen, die sich in der Geschichte der Hysterieforschung nach so vielen Richtungen hin eröffneten.

In meinen Arbeiten zur Revision des Psychogeniebegriffes habe ich immer wieder betont, daß zwar das Motiv der hysterischen „Flucht in die Krankheit" der psychologischen Ergründung bedarf, daß aber die Modalitäten dieser Flucht durch anatomische, physiologische und entwicklungsgeschichtliche Direktiven weitgehend vorbestimmt sind. — Es ist nicht daran zu zweifeln, daß die verdienstvolle Arbeit des Verfassers in hohem Grade geeignet ist, dem bedauernswerten Antagonismus zwischen der „neurologischen" und der „psychiatrischen" Betrachtungsweise hysterischer Reaktionen entgegenzuwirken und einem allgemein biologisch unterbauten Eklektismus die Wege ebnen wird.

Basel, 30. November 1939. *Robert Bing.*

Bibliographie.

1. Abraham, Karl. Jahrb. für psychoanalytische Forschung. I, 1909, S. 546.
2. Altenburger, H. und Kroll, F. W. Die suggestive Beeinflussung der Sensibilität. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., 1929, Bd. 3, S. 144.
3. Aschoff, Ludwig. a) Lehrbuch der path. Anat. 7. Aufl., Fischer, Jena 1928, Bd. 2: Beitr. Paul Ernst.

   Aschoff, Ludwig und Diepgen, P. b) Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 3. Aufl., Bergmann, München, 1936.
4. Babinski, J. a) Über die Definition der Hysterie. Wiener med. Zeitung, 1902, S. 48 (übersetzt aus Rev. de l'hypnotisme et de psychologie physiol., 1901—1902).

   b) Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (pithiatisme). Arch. gén. de méd. 1906, ann. 83, p. 2187.

   c) Suggestion et hystérie. Bull. méd., No. 24, 1907.

   d) Démembrement de l'hystérie traditionelle, pithiatisme. Masson, Paris 1909.

   e) Exposé des travaux scientifiques. Masson, Paris 1913.

   f) Contractures et paralysies d'ordre réflexe: hystérie, pithiatisme, paralysies organiques. Revue neurologique. (R. N.), 1916, II, p. 642.

   g) Troubles nerveux d'ordre réflexe. R. N., 1917, I, p. 322.

   h) Diskussion anläßlich der Mitteilung von Radovici (56) in der Réunion neurolog. am 5. Juni 1930. R. N., I, p. 1171.

   Babinski, J. und Froment, J. i) Ref.: Troubles physiopathiques d'ordre réflexe. Association avec l'hystérie. Evolution. Mesures médico-militaires. R. N., 1917, II, p. 214. (Aus: Presse méd., No. 38, 1915, p. 385).

   k) Ref.: Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre. R. N., 1918, vol. 25, p. 335. (Ersch. bei Masson, Paris, II. éd., 1918).
5. Bing, R. a) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1. Aufl., 1913.

   b) idem., 3. Aufl., 1924.
   c) idem., 5. Aufl. 1937. | e), g), l) und t) siehe am Schluß von 5.

   d) Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik, 8. Aufl., Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1930.

   f) Zur Frage des „Parkinsonismus" als Folgezustand der Encephalitis epidemica. Schw. Med. Wochenschr., 1921, Nr. 1.

   h) Über einige bemerkenswerte Begleiterscheinungen der „extrapyramidalen Rigidität" (Akathisie, Mikrographie, Akinesia paradoxa). Schw. Med. Wochenschr., 1923, Nr. 7.

Bing, R. i) Zahnradphänomen und antagonistische Innervation. Schw. Archiv für Neurol. und Psych., 1923, Bd. 13, S. 77.

k) Neuralgien, Myalgien, Psychalgien. Schw. Med. Wochenschr., 1924, Nr. 1.

m) Chorea und Athetose. Schw. Med. Wochenschr., 1924, Nr. 26.

n) Muskuläre Spasmen und Tics; nebst Bemerkungen zur Revision des Psychogeniebegriffes. Schw. Med. Wochenschr., 1925, Nr. 44.

o) Schreckneurosen. Schw. Med. Wochenschr., 1926, Nr. 30.

p) Hypercinésies organiques et psychogènes. Schw. Archiv für Neurol. und Psych., 1926, Bd. 18, S. 163.

q) Die forensische Bedeutung postencephalitischer Zustände. Schw. Med. Wochenschr., 1927, Nr. 50.

r) Thalamischer Symptomenkomplex. Nervenarzt, 1928, Bd. 1, S. 649.

s) Das Prinzip der Enthemmung in der Physiopathologie. Schw. Archiv für Neurol. und Psych., 1933, Bd. 32, S. 177.

u) Somatische Faktoren in der Gestaltung psychogener Symptome. Schw. Med. Wochenschr., 1936, Nr. 40, S. 953.

Bing, R. und Stierlin, Ed. e) Psychoneurotische Störungen infolge der Eisenbahnkatastrophe von Müllheim. Neurol. Zentralbl., 1912, Nr, 14.

Bing, R. und Staehelin, R. g) Katamnestische Erhebungen zur Prognose der verschiedenen Formen der Encephalitis epidemica. Schw. Med. Wochenschr., 1922, Nr. 6, S. 143.

Bing, R. und Schwarz, L. l) Torsionsdystonie nach Encephalitis epidemica. Schw. Arch. für Neurol. und Psych., 1924, Bd. 14, S. 81.

Bing, R und Iselin, H. t) Kausalgie. Schw. Med. Wochenschr., 1934, Nr. 46.

6. Binswanger, O. a) Zur Pathologie der Hysterie. Ref.: Monatsschr. für Psych. und Neurol., (M. f. Ps. und N.), 1900, Bd. 8, S. 478.

b) Die Hysterie. Nothnagels Handb. der spez. Path. und Therapie, Bd. 12, I. Hälfte, 2. Abt., Wien, Hölder, 1904.

7. Birnbaum, K. Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatsschr. für Neurol. und Psych., 1917, Bd. 41, S. 339.

8. Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie, 5. Aufl. 1930, Berlin, Springer.

9. Bogaert, van, L. und Martin, P. Les tumeurs du IV. ventricule et le syndrome cérébelleux de la ligne médiane. R. N., 1928, t. 35, p. 451.

10. Boström, A. a) Ungewöhnliche Formen der epidemischen Encephalitis. Deutsche Zeitschr. für Nervenh. 1921, Bd. 68/69, S. 64.

b) Über eigenartige Hyperkinesen in Form rhythmisch auftretender komplexer Bewegungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1922, Bd. 79, S. 598.

11. Briquet, P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, Baillière, 1859.

12. Cesbron, H. Histoire critique de l'hystérie. Th. de doct., Paris, 1909.

13. Charcot, J. M.: a) Leçons des maladies du système nerveux. 1874. Deutsch von B. Fetzer.

b) Nouvelles leçons des maladies du système nerveux, 1886. Deutsch von Sigm. Freud.

c) Leçons du Mardi. (Als „poliklinische Vorträge" übersetzt von Sigm. Freud).

14. Curschmann, H. Hysterie. Münchner Med. Wochenschr., 1924, S. 305.

15. Delmas-Marsalet, P. L'évolution des idées sur l'hystérie. Journ. de Méd. de Bordeaux, 20. mars, 1936.

16. Dressler, M. und Wagner, H. Zur Kenntnis des Adie'schen Syndroms. Schweiz. Med. Wochenschr., 1937, Nr. 22, S. 491.

17. Dubois, P. Ch. Über die Definition der Hysterie. Korrespondenzblatt für Schweiz. Ärzte, 1911, S. 657.

18. Ewald, P. „Schauanfälle" als postencephalitische Störung. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 1925, Bd. 57, S. 222.

19. Falkiewicz, T. und Rothfeld, J. Zwangsbewegungen und Zwangsschauen bei epidemischer Encephalitis. Deutsche Zeitschr. für Nervenh. 1925, Bd. 85, S. 269.

20. Foerster, O., Altenburger, H. und Kroll, F. W. Über die Beziehungen des vegetativen Nervensystems zur Sensibilität. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1929, Bd. 121, S. 139.

21. Freud, S. und Breuer J. a) Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, 1893.

b) Studien über Hysterie. Ges. Schriften, B. I., 1925.

22. Gamper und Untersteiner. Über eine komplex gebaute postencephalitische Hyperkinese und ihre möglichen Beziehungen zu dem oralen Einstellautomatismus des Säuglings. Archiv für Psych. und Neurol., 1924, Bd. 71, S. 282.

23. Gaupp, R. Über den Begriff der Hysterie. Zeitschr. für die ges. Neur. und Psych., 1911, Bd. 5, S. 457.

24. Gerstmann und Schilder. a) Hysterische Zustandsbilder mit dem klinischen Bilde des postencephalitischen Parkinsonismus. Med. Klin., 1923, Nr. 26.

b) Über des Wesen des durch striopallidäre Läsion bedingten Bewegungsübermaßes. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1923, Bd. 87, S. 570.

25. Guttmann E. Organische Krankheitsbilder hysterischen Gepräges. Fortschr. Neurol., 1932, 4. Jahrg., H. 1, S. 82.

26. Handbuch der Geisteskrankheiten. Herausg. von O. Bumke. Berlin, Springer, 1928. Bd. 5: Beiträge E. Braun (S. 112); E. Kahn (S. 422); J. H. Schultz (S. 556).

27. Handbuch der Neurologie. Herausg. von Max Lewandowski. Berlin, Springer, 1914. Bd. IV: Beitrag Lewandowski (S. 544).

28. Handbuch der Neurologie. Herausg. von O. Bumke. Berlin, Springer, 1935. Bd. VIII: Beitrag Jahrreiss.

29. Haskovec, L. Le psychisme souscortical. R. N. 1925, vol. 32, p. 976.

30. Hässig, A. Ein eigenartiger Fall angeblich traumatischer Kontrakturen. Inaug.-Diss., Basel, 1932.

31. Hiller, F. Organische Nervenkrankheiten. In: Lehrbuch der inn. Med., I. Aufl., Berlin, Springer, 1933.

32. Hippokrates. Sämtliche Werke. Deutsch von R. Fuchs. 3 Bände, München, Lüneburg, 1900.

33. Hirsch, M. Über bulbospinale und cerebellare Anfälle. Monatsschr. für Neurol. und Psych., 1927, Bd. 62, S. 565.

34. Janet, P. a) L'état mental des hystériques. 2e éd., Paris, Alcan, 1911. (Ie éd., 1893).

b) Les névroses. Paris, Flammarion, 1917.

35. Imbert, P. Le problème de l'hystérie dans le passé et en face des états striés postencéphalitiques. Th. de doct., Lyon, 1931.

36. Jung, C. G. Die Freud'sche Hysterie-Theorie. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 1908, Bd. 23, S. 310.

37. Karplus, W. Über den epileptischen und hysterischen Anfall. Wien. klin. Wochenschr., 1927, Nr. 36.

38. Kelterborn, W. Über paroxysmale Hyperkinesien, im Gefolge von Encephalitis epidemica. Inaug.-Diss., Basel, 1926.
39. Kretschmer, E. Die Willensapparate des Hysterischen und der Hysterie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1920, Bd. 54, S. 251.
40. Kühne, M. Über den Facialis-Tic. Archiv für Psych. und Nervenkr. 1933, Bd. 100, S. 364.
41. Lexikon, Biographisches hervorragender Ärzte des 19. Jahrhunderts. Her. v. Jul. Pagel, Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1901.
42. Marie, P. und Lévy, G. Le syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique. R. N., 1920, p. 513.
43. Marinesco, G., Radovici, A. und Draganesco, St. Accès paroxystiques hypertoniques de déviation conjuguée de la tête et des yeux. R. N., 1925, p. 148.
44. Meggendorfer, H. Chronische Encephalitis. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1922, Bd. 75, S. 189.
45. Mingazzini, G. Das Linsenkernsyndrom. ibid., 1912, Bd. 8, S. 83.
46. Möbius, P. J. a) Abriß der Lehre von den Nervenkrankheiten, 1893.
b) Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschr. für Geb. und Gyn., 1895, S. 12.
47. Mourgue, R. Le syndrome clinique de la rigidité décérebrée . . . en conséquence à l'enc. épid. Schweiz. Archiv für Neurol. und Psych., 1922, Bd. 11, S. 163.
48. Nachmansohn, M. a) Symptombildung bei Hysterie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1927, Bd. 107, S. 556.
b) Zur Klärung des Hysterieproblems. Schweiz. Archiv für Psych. und Neurol., 1935, Bd. 36, S. 284 und Bd. 37 (Forts.).
49. Naville, F. Hystérie ou pithiatisme, exposé critique de la doctrine de Babinski. Rev. méd. de la Suisse Romande, 1919, vol. 39.
50. Oppenheim, H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 6. Aufl., 1913, Bd. 2.
51. Pagel, J. Lehrbuch der Geschichte der Medizin. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1925, (neu bearb. von Karl Sudhoff).
52. Pawlow, J. P. Etude sur les réflexes conditionnels. Encéphale, 1933, vol. 28, p. 285.
53. Pönitz, K. Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einfluß der Kriegserfahrungen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurol. und Psych., Berlin, Springer, 1921.
54. Popowa, N. Tonische Krämpfe der Augenmuskeln bei Encephalitis epid. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1925, Bd. 97, S. 515.
55. Radovici, A. L'hystérie et les états hystéroides organiques. R. N., 1930, p. 1164.
56. Reichardt, M. Der jetzige Stand der Lehre von der Hysterie. Deutsche Med. Wochenschr., 1921, S. 75.
57. Richer, P. La grande hystérie ou hystéro-épilepsie, 1890.
58. Rohner, A. Beitrag zur Begrenzung des Begriffs der Psychogenie. Inaug.-Diss., Basel, 1931.
59. Romberg, M. H. a) Klinische Ergebnisse, gesammelt von Henoch, 1846.
b) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1857.
60. Romberg, von, E. Über Wesen und Behandlung der Hysterie. Deutsche Med. Wochenschr., 1910, S. 737.
61. Rothfeld, J. Zwang zur Bewegung, ein striäres Symptom; zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und extrapyramidalen Erkrankungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1928, Bd. 114, S. 281.

62. Rouquier, A. Hémiplégies hystériques ou organiques. Gaz. des hôp. civils et milit., 1931, No. 85, p. 1581.

63. Rütimeyer, W. Über postencephalitische Schlafstörung. Schweiz. Med. Wochenschr., 1923, Nr 1, S. 7.

64. Runge, W. Beitrag zum Tic-Problem. Deutsche Zeitschr. für Nervenh., 1932, Bd. 147, S. 96.

65. Sahli, H. Über die Definition und das Wesen der sog. allgemeinen Neurosen (Nervosität, Neurasthenie und Hysterie). Schweiz. Med. Wochenschr., 1923, Nr. 1.

66. Schilder, P. und Gerstmann, J. Ein Fall von Pseudosklerose. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1920, Bd. 58, S. 33.

67. Schilder, P. Problemsphäre: Cortex-Stammganglien, Psyche-Neurose. Ibid., 1922, Bd. 74, S. 455.

68. Schmid, H. Die Atmungsveränderungen im Verlauf der Encephalitis epidemica. Sch. A. f. N. u. Ps., 1935, Bd. 35, S. 353.

69. Schultz, I. H. Ref. Die modernen Hysterietheorien und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis. Münchn. Med. Wochenschr., 1922, S. 290.

70. Siebeck, R. Neurosen. In: Lehrbuch der inneren Medizin, Bd. 2, S. 384, 425. Berlin, Springer, 1933.

71. Slotopolski-Dukor, B. Der hysterische Formenkreis. Schweiz. Med. Wochenschr., 1934, Nr. 14, S. 301.

72. Staehelin, R. Über Encephalomyelitis epidemica (Enc. letharg.). Ibid., 1922, Nr. 6, S. 142.

73. Steck, H. Der striäre Symptomenkomplex in der progressiven Paralyse. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1925, Bd. 97, S. 424.

74. Strümpell, A, Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen. Deutsche Zeitschr. für Nervenh., 1916, Bd. 55, S. 159.

75. Szondi, L. Der Neurotiker im Lichte der psychoanalytischen, neuroendokrinen und erbpathologischen Forschung. Schweiz. Archiv für Neurol. und Psych., 1936, Bd. 37, S. 313.

76. Tournay, A. Nouvelles remarques et recherches expérimentales sur les effets sensitifs des perturbations sympathiques. R. N., 1931, S. 413.

77. Tschamper, M. Ein Fall von trophischem Ulcus am häutigen und knorpeligen Septum nasi nach Encephalitis lethargica. Zeitschr. für Hals-, Nasen- und Ohrenh., 1937, Bd. 41, H. 3, S. 244.

78. Villiger, E. a) Gehirn und Rückenmark, 8. Aufl., 1922. Leipzig, Engelmann.

b) Die periphere Innervation, 5. Aufl. Leipzig, Engelmann, 1931.

79. Vogt, C. und O. Zur Kenntnis der pathologischen Veränderungen des Striatum und Pallidum und zur Pathophysiologie der dabei auftretenden Krankheitserscheinungen. Sitz.-Ber. der Heidelberger Akad. der Wissensch., Math.-Nat. Klasse, Abt. B. 1919.

80. Wartenberg, R. Klinik und Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1923, Bd. 83, S. 303.

81. Werthemann, A. und H. Facialistic bei hepato-leutikulärer Degeneration mit schwerer perniciosaartiger sekundärer Anämie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 126, H. 5, 1930.

82. Westphal, K. Lehrbuch der Psychiatrie, 1904.

83. Wimmer, A. Hysteriforme epileptische Anfälle bei chron. Enc. Zentralbl. für Neurol. und Psych., 1930, Bd. 39, S. 146.

84. Wormser, E. und Bing, R. Über das hysterische Fieber. Münchn. Med. Wochenschr., 1900, S. 1373.

85. Zingerle, H. Automatose — Syndrom bei Stirnhirnerkrankungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1933, Bd. 145, S. 249.

Es sei mir gestattet, Herrn Professor Dr. *R. Bing* für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, für sein warmes Interesse daran und die gütigen Ratschläge meinen besten Dank auszusprechen.

Ganz besonders danke ich Herrn Professor *Bing* für das einleitende Vorwort. Das unverdiente Lob gilt ohne Zweifel dem ideenreichen Initianten dieser Dissertation, wie die vorliegende Abhandlung zeigt.

ERSTER TEIL.

Historisch-chronologische Betrachtung: Entwicklung des Hysteriebegriffes von den Anfängen bis auf unsere Tage.

In einem kurz gehaltenen Überblick lassen wir in chronologischer Reihenfolge die Entwicklung der Hysterie an unserem Auge vorbeiziehen. Ausführlichere Angaben über einzelne Autoren enthält erst der zweite Teil. Um den Zusammenhang zwischen den beiden Abschnitten zu erhalten, seien diejenigen Ärzte bis zum 19. Jahrhundert, die im vergleichenden Kapitel besprochen werden, durch Sperrdruck *) hervorgehoben. Außerdem sind in einem alphabetischen Namenregister (Anhang I) beide Stellen angeführt, an denen der Vertreter einer bestimmten Ansicht zu finden ist, und ist weiterhin eine Tabelle beigefügt (Anhang II), in der innerhalb der chronologischen Aufzählung mit einem kurzen Stichwort auf die Auffassung des betreffenden Autors hingewiesen ist.

I. Altertum.

Die Hysterielehre bleibt solange Tummelplatz spekulativ-mysteriöser Anschauungen, bis bestimmte empirisch gefundene Tatsachen sie auf eine reelle Grundlage zurückzuleiten versuchen. Wir finden auch in der Hysterieforschung die verschiedenen Stufen der präanimistisch, der animistisch und der dogmatisch-religiös orientierten Weltanschauung, wie sie *Aschoff* (3, b) als Charakteristika der primitiven Medizin prägnant zusammenfaßt. Sie finden sich angedeutet bis in spätere Zeiten, so z. B. die präanimistische „Fremdkörper- und Emanationspathologie" in den Vorstellungen des *Hippokrates* von dem herumschweifenden Uterus und die zweite Epoche der Personifikation des krank machenden Agens in den alten therapeutischen Bemühungen beim Tempelschlaf der Griechen.

*) Beispiele: *Hippokrates, Galen.*

Bei den alten Kulturvölkern finden wir hauptsächlich die „theurgische Pathologie", die „Heilbehandlung als Kulthandlung durch den Priesterarzt" (*Aschoff*), indem auch der Hysterische als von Gott Gestrafter einer Behandlung des von Gott eingesetzten Priesters bedarf.

Diese Ansichten treffen wir in Persien, Ägypten, Indien, China, Mesopotamien und bei den Juden.

Bei den alten *Persern* ist uns im Zend-Avesta (600—500 v.Chr.), den Ormudz dem *Zoroaster* diktiert hat, die Hysterie als Folge von Menstruationsstörungen, die durch Priester behandelt wurden, überliefert. In deren Theorie spukt noch die ältere, dämonistische Anschauung, wonach man versuchte, den Dämon durch Schläge auf den Körper auszutreiben, sowie die Menses länger als 9 Tage dauerten. Als besonders heilkundiger Theurg wird uns *Mazdejesnan* (Theosoph vom 7. Jahrh. v. Chr.) genannt.

In den *ägyptischen Papyri (Kahun-Papyrus* A.u.B., 1800 v.Chr.; *Papyrus Smith; Ebers; Hearst,* 1550 v. Chr.) ist uns von der Hysterie speziell nichts berichtet; doch scheint gegen Nervenkrankheiten bereits Suggestionstherapie angewandt worden zu sein: Also hier schon eine Andeutung von empirisch-rationeller Medizin. *Herodot* (440 v. Chr.) erwähnt in seinen Reisebeschreibungen ägyptische Ärzte als „Nervenspezialisten", die sich zur Austreibung der Krankheiten mit Zauberformeln beholfen hätten.

Die *mesopotamischen Völker* (Sumerer, Babylonier, Assyrer) tragen ihre Weltanschauung auch in das Gebiet der Medizin hinein, was in der astrologischen Prognostik und in der Bewertung der Zahl auf allen Domänen medizinischen Handelns zum Ausdruck kommt. Eine besondere Berücksichtigung der Hysterie scheint nach *Cesbron* (12) nicht bekannt zu sein.

Die *altjüdische Medizin* (s. Bibel, Talmud) hat bei dem im Allgemeinen eher niedrig stehenden und fremden (persischen und babylonischen) Einflüssen leicht zugänglichen Ärztestand (Priester und einzelne Laienärzte) von Nervenkrankheiten offenbar wenig gewußt. An einer Stelle (1. Kön. 13, 4—6) ist uns die Heilung des Königs Jerobeam von einer Armlähmung geschildert, die ihm als Strafe von Gott auferlegt worden war und die wir aus ihrer Beschreibung heraus als hysterische Monoplegie auffassen können.

Die erste Periode der *indischen Medizin* (1500—800 v. Chr., in den *Vedas* wiedergegeben) gestattet uns bei ihrem uncharakteristischen Gepräge keine weiteren Einblicke. Die Brahmanen als Träger der Kultur (800 v. Chr.—1000 n. Chr.), darunter besonders *Charaka* und *Susruta*, verfassen die *Ayurveda* und sind in ihren Heilmethoden auf diese verpflichtet; auch nervöse Leiden werden so durch heilige Worte behandelt. Auf Grund des später von den *Veidyas* herausgegebenen „*Vagadastirum*" beschäftigt sich eine

Priesterklasse speziell mit den Nervenkrankheiten. Im Gebiet der Therapie (Heilung durch Austreibung der Dämonen) spiegelt sich auch hier die alte „theurgische" Epoche wieder.

Die *chinesische Medizin* beginnt erst im 15. Jahrh. (n. Chr.) sich mit den Nervenkrankheiten zu beschäftigen und heilt sie durch magnetische Praktiken. *Cesbron* (12) berichtet uns von Hysterie-Epidemien, die besonders in der Laotse-Sekte häufig waren und einem chinesischen Besucher der Pariser Spitäler als identisch mit den dort beobachteten Hysterie-Affektionen aufgefallen waren.

Die Griechen.

Aus der *1. Periode* (homerische Heilkunde, 1000—600 v. Chr.) können wir als für Hysterie typisch drei uns in der klassischen Literatur überlieferte Beschreibungen erwähnen:

1. Die in *Ovid*'s Metamorphosen erwähnte wunderbare Kur des *Melampus*, Sohn des Amytaon, König von Pylus, die dann von *Apollodorus* und *Virgil* genauer erzählt wird: die drei Töchter des Proetus, König von Argus, trieben sich in einem Zustand von Wahnsinn als angebliche Kühe auf den Feldern herum. Melampus heilte sie mit Milch, die einen Nieswurzinfus enthielt und bekam dafür eine der Töchter des Königs mit dem halben Königreich zur Frau. Auch rottete Melampus eine darauf ausbrechende Hysterie-Epidemie durch Bearbeitung der Leute mit Knütteln aus.

2. Dann die *Sibyllen*, die sich von Theben aus weiter verbreiteten und im hysterischen Anfall Orakel abgaben. Eine Beschreibung davon, wie wir sie bei *Strabo* und *Lukanus* später finden, geben wir nach *Meige* [1]) (zit. aus *Imbert*) in deutscher Übersetzung wieder: „Der Ort, wo das Orakel der Pythia erteilt wird, ist eine dunkle, enge Höhle; daraus strömt ein Dampf hervor, der die Begeisterung hervorruft bei der Prophetin. Wie ein Automat wendet sich die Pythia zum weissagenden Dreifuß, setzt sich darauf mit gespreizten Beinen, ein Schauer ergreift sie, ein Hauch durchdringt sie bis in die geheimsten Winkel (Aura). Sie stößt einen langen Schrei aus, auf den Seufzen, Schluchzen, Murmeln folgen. Dann stößt die Pythia in ihrer Beklemmung noch einige Male keuchend ein längeres Geheul aus, bald verfärbt sich ihr Gesicht, bald wird es blaß, es wechselt von der Röte des Feuers zur Totenblässe. Sie rollt die funkelnden Augen, die zum Himmel hinauf stieren, Schaum tritt aus ihrem Munde. Dann erscheint die konvulsive Phase (Periode der großen Bewegungen); ihr Kopf, ihre Glieder, ihr ganzer Körper werden zur Beute einer ungeordneten Erregung, ähnlich derjenigen, sagt *Plutarch*, der durch den Sturm gepeitschten Wellen. Indessen klingen die Bewegungen

---

1) L'hystérie de la pythie et les origines psycho-nevropathiques de l'oracle de Delphes. R. N., 1921, p. 859. (Imbert, 35)

mehr und mehr ab, und jetzt beginnt die Pythia ihre artikulierten Töne von sich zu geben; mit rauher, gebrochener Stimme läßt sie unaufhörlich, wie aus Mitleid, Worte entweichen, Bruchstücke von Sätzen, unterbrochen durch plötzliches Stillschweigen oder langes Zögern. Sie beschrieb auf diese Weise, wie man meinte, die ihr von Gott geschickten Visionen und hauchte die ihr von jenem zugeflüsterten Worte aus . . . . . Zum Schlusse kündigte ein langer Seufzer an, daß die Pythia ihre Rolle beendigt hatte; der Anfall war vorüber, das Orakel erstattet."

3. *Aeskulap*, als Sohn Apollos, übt um 1250 die Überredungsmethode aus (*Galen*) in den ihm erbauten Tempeln, z. B. in Oropae (Attika), dem Sitz des Amphiaraus. Bevor die Kranken dorthin gehen, müssen sie 3 Tage des Weins und jedes Getränkes sich enthalten. Zudem werden sie durch Verhinderung am Schlaf weiter mürbe (suggestibel) gemacht und dann durch Versetzung in die damals schon ausgenützte Hypnose geheilt durch die Zauberformel des Priesters.

Als Erben des *Aeskulap* bedienten sich später die *Asklepiaden* ähnlicher Mittel, die unter dem Namen der „Inkubation" bekannt sind: in den prachtvoll gelegenen Tempeln mußten die Hilfesuchenden die Nacht zubringen. Vorher wurden an einem weihevollen Ort Opfer dargebracht, währenddem aus dem Heiligtum ein wohlriechender Dampf entströmte, mit dem die Gottheit ihre Gegenwart offenbarte. Während der sodann befohlenen Schlafenszeit machte sich der Priester im Dunkeln über die Opfergaben her als Lohn für seinen Heilerfolg. Für die Kranken war es der Gott, der die Opfer verzehrt hatte.

Die 2. *Periode* (Zeitalter der Naturphilosophie, 600—450 v.Chr.), wo die Philosophen z. T. selbst Ärzte sind, bringt uns *Pythagoras* (582—493 v. Chr.), für den der Uterus ein Wesen für sich ist, begabt mit für das Tier charakteristischen Eigenschaften, wie eigenem Gefühl und selbständigen Bewegungen, mit Sitz in einem anderen Wesen (der Trägerin). Die Frau wurde als untergeordnetes Wesen betrachtet, nur für die sinnlichen Vergnügungen der Männer und die Erziehung der Kinder geschaffen. Wahre Liebe gab es nur unter Männern; die Liebe zur Frau war roh, irdisch, und nur um der Männer willen war die Frau geschaffen.

Derselben Ansicht war *Empedokles* (ca. 490—430 v. Chr.), der durch seine Theorie von den 4 Elementen (Feuer, Wasser, Erde, Luft) bekannte Lehrer *Platons*.

Von *Demokrit* (5. Jahrh. v. Chr.) ist uns durch *Sydenham* ein Brief an *Hippokrates* überliefert (um 450 v. Chr.), worin er u. a. schreibt: „uterus sexcentarum aerumnarum calamitatumque mulieribus causa". Ebenso schreibt der Athener Arzt *Moschion* (in einem Werk über die Frauenkrankheiten) dem Uterus die Entstehung der Hysterie zu.

Die *3. Periode* (Hippokratiker) griechisch-ärztlichen Denkens geht auf *Hippokrates* (ca. 460—377 v. Chr.) zurück, der sich seinerseits von den Asklepiaden ableitet. Er ist auch in der Hysterielehre der erste Vertreter einer ausführlich dargelegten Theorie über die „uterine" Entstehung der Hysterie, ihre Symptome und ihre Heilung.

Unter den *Dogmatikern (4. Periode)* äußert sich *Plato* (427—347 v. Chr.) innerhalb seines philosophischen Systems über die Genese der Hysterie etwas genauer (im Timaeus, nach *Briquet*, 11). Nach seinen Ausführungen über die Entstehung der Männer sagt er: „Die feigen Männer, die ungerecht gewesen sind, werden aller Wahrscheinlichkeit nach in Frauen verwandelt in einer zweiten Geburt. Die Götter schufen zur gleichen Zeit den Wunsch nach Kohabitation, zu diesem Zwecke setzten sie in uns ein lebendes Tier und ein anderes in die Frauen . . . " Nach einigen Worten über das Tier der Männer fährt er fort, über das Tier der Weiber, den Uterus. „Der Uterus ist ein Wesen, das sehnlichst Kinder zu gebären wünscht. Wenn er unfruchtbar bleibt, entrüstet er sich, durchläuft den ganzen Körper, indem er die Luftmaschen verstopft, die Atmung anhält, den Körper in größte Gefahren bringt und verschiedene Krankheiten erzeugt . . . . . auf diese Weise wurden die Frauen und alle Weiber gemacht".

Die *5. Periode* (*Alexandrinische Schule*, ungefähr 300—50 v. Chr.) huldigt medizinisch-theosophischen Ansichten. *Apollonius von Tyana* (3. Jahrh. v. Chr.), ein Schüler *Eusebs*, behandelt die nervösen Krankheiten als geheimnisvolles Gebiet, dessen Ursprung von den Geistern herrühre und die durch magische Formeln geheilt werden.

II. Frühchristliche Aera.

Als erster medizinischer Schriftsteller verfaßt *Aulus Cornelius Celsus* zur Zeit des Augustus eine Abhandlung in 8 Büchern (De re medica), in der er die Ansichten des Hippokrates von der Hysterie übernimmt und als „Passio hysterica" von versteckten Geschwüren der Frauen oder auch der Extraktion des Kindes ableitet.

Auch *Aretaeus* (geb. 81 n. Chr.) bleibt der hippokratischen Lehre noch treu. Er führt das Bild der Hysterie sehr genau aus. Auch hier wohnt dem Uterus noch eine Art eigenen Lebens inne, das sich in mannigfachen Bewegungen äußert, die dann für die Frau zu Erstickungsanfällen, Mutismus u. a. führen. So entsteht die Bewußtlosigkeit durch Druck auf die Carotiden. Die Ursachen der Krankheit liegen im Gebrauch von abortiven Mitteln, in einer beträchtlichen Abkühlung der Gebärmutter oder in der Unterdrückung einer abundanten Blutung u. ä. Wenn einmal bei ruhigerer Lebensweise der Uterus seinen Wandertrieb verloren hat, also im Alter, verschwindet auch die Krankheit.

Galen (131—201 n. Chr.), aus Pergamos, ist Schüler des pneumatischen Arztes *Satyrus* und des Hippokratikers *Stratonicus*. Seine ganze Krankheitslehre baut er auf der Anschauung der 4 Säfte (Blut, gelbe Galle, schwarze Galle, Schleim) auf und überträgt diese Vorstellung auch auf die Pathogenese der Hysterie.

Caelius Aurelianus [2]) (4. u. 5. Jahrh.), der Bearbeiter des berühmten *Soranus*, äußert sich nicht über das Wesen der Krankheit, sondern beschäftigt sich damit nur im Kapitel über die Bewußtlosigkeit, wo er neben der apoplektischen und andern auch die hysterische nennt, ohne aber dabei an das Gehirn als deren möglichen Ursprungsort zu denken.

Oribasius und *Theodorus (Priscianus)*, beide im ausgehenden 4. Jahrhundert, greifen die Ideen des Hippokrates wieder auf.

III. Mittelalter.

Von 450—1453 macht die Ansicht über die Genese der Hysterie keinerlei Fortschritte.

Aetius von Amida [3]) (580) verarbeitet eklektisch die bisherigen Theorien zu einer Mischlehre, bemüht sich immerhin, von der herrschenden humoralen Anschauung loszukommen. Ausgehend von einem alle Körperteile verbindenden „consensus", kann sich die Hysterie auf dem Nervenweg vom Uterus ins Gehirn fortpflanzen, während auch der Uterus gleichzeitig in die oberen Partien steigt.

Für *Paul von Aegina*, einen griechischen Arzt des 7. Jahrhunderts, gibt es eine durch Strangulatio uteri erzeugte „aura quaedam prava ad superiora transit", die er im Band über Frauenkrankheiten [4]) beschreibt, und die später für die Ursache der Anfälle gehalten wurde.

Auch *Alexander von Tralleis* (680) [5]) glaubt an die uterine Genese, wie seine therapeutischen Angaben zeigen.

Die *arabische Schule* macht ihren Einfluß in Europa geltend vom 12. bis ins 16. Jahrhundert und zwar hauptsächlich durch *Avicenna* [6]) und *Serapion;* sie nehmen im Hysterie-Problem voll und ganz die Anschauungen *Galens* auf, sodaß während 900 Jahren immer der Uterus Ausgangspunkt für die Entstehung der Hysterie war.

Einzig *Pratis* (um 1000 n. Chr.) verdient das Lob, als Erster auf die Möglichkeit hingewiesen zu haben, die Hysterie sei eine ins Gehirn zu lokalisierende Affektion.

---

2) *Morborum* acutorum, lib. III, Kap. V: de apoplexia.
3) *Tetrabiblion,* sermo IV, Kap. LXVIII.
4) De re medica, lib. III, Kap. LXXI.
5) De arte medica, lib. XII, Kap. III, causa.
6) Opera, Basel, 1556, Schlußkap. XXI, tract. IV, S. 74.

Einfluß des Christentums.

In der Zeit, wo die arabischen Ärzte das Werk der Alten ausbauten, bleibt das Abendland in einer vollständigen Unwissenheit, ja, das Licht der Zivilisation scheint erloschen. Darunter hat die Lehre von der Hysterie am meisten zu leiden; sie wird bei der allgemeinen religiösen Einstellung einer höheren Gewalt zugeschrieben. Dafür geht uns ja auch das Verständnis nicht ab bei den bizarren, wilden Formen, die ein Hysterie-Anfall hervorbringen kann; ein solcher Mensch scheint wirklich von einem zweiten Geist besessen zu sein, gegen dessen Gewalt er nicht mehr aufkommt (vgl. *Kretschmer* (39) [7]). Je nach der inneren Einstellung des Zuschauers und dem symbolischen Ausdruck im Anfall wurde der Hysterische dann für ein verrücktes heiliges Wesen oder für ein Opfer des Teufels gehalten. Entsprechend übertrug man auch die Befreiung aus diesem Übel von den Ärzten auf die Priester und Mönche; diese spielen daher eine Zeitlang in der Überlieferung der Kenntnis von der Hysterie eine bedeutende Rolle. Ja, sie hat durch gewisse, infolge dieser Anschauung geradezu gezüchtete *Hysterie-Epidemien* sogar Päpste ernstlich beschäftigt. Um einen Einblick in diese Zeit zu erhalten, lasse man daher die wissenschaftlichen Dokumente und sehe sich genauer um bei Erzeugnissen der bildenden Künste, auf Glasmalereien, Holzschnitten, Pergamenten und Bas-Reliefs, wie sie *Charcot* und *Richer* (57) u. a. beschrieben und wiedergegeben haben.

Schule von Salerno.

1075 gründet *Robert Guiscard* eine Benediktinerschule, in der die Mönche griechische und arabische Werke studieren, daneben aber mit Neurosen behaftete Leute trotzdem durch Reliquien des Klosterpatrons heilen.

Durch die acht *Kreuzzüge* (von 1026—1291) wird einerseits der Aberglaube weiterverbreitet, anderseits kommt unser Kultur-

---

7) „Das Bild vom Besessenen, der seinen Teufel in sich hat, der ihn reißt und zerrt, der schlägt und schäumt, und der mit einem plötzlichen Ruck ausfährt: dieses Bild ist das allerbeste. Es ist mit naiven Augen und vollkommen richtig beobachtet. Zwei Willen, in einem Körper sitzend, und beide das Verfügungsrecht über ihn beanspruchend: ein natürlicher, aber ein ohnmächtiger Wille, der der eigenen Persönlichkeit des Besessenen entspricht und der den Therapeuten um Hilfe bittet gegen den anderen Willen, den „Teufel", der aus den Untergründen seiner Seele her Gewalt über seinen Körper hat. Es ist „der Komplex", der aus dem „Unbewußten" den Hysterischen beherrscht, sagen wir in der modernen Sprache. Sofern wir uns aber unter dem „Unbewußten" nichts weiter vorstellen als ein stygisches Nebelfeld und unter Komplex nichts weiter vorstellen als einen personifizierten kleinen Kobold, der Unfug stiftet, sind wir über die Mythologie und den leibhaftigen Teufel der naiven Anschauungsweise nicht wesentlich hinausgekommen". (Vgl. S. 134).

kreis in engere Berührung mit dem arabischen, sodaß die fleißige Arbeit der Orientalen unserer Wissenschaft wieder mehr zugute kommt.

Als Höhepunkt der Entwicklung in dieser Richtung ist das Edikt des Papstes Innozenz III. zu betrachten, der im Jahre 1200, bei Strafe der Exkommunikation, den Ärzten die Behandlung jedes Kranken verbietet ohne die Erlaubnis eines Vertreters der Kirche. Die Inquisition wird eingeführt, und die Scheiterhaufen flammen durch das ganze Abendland hin auf, bis endlich im Jahre 1682 in Frankreich, dem später dann die übrigen Länder folgen, Colbert diesen Grausamkeiten der Hexenprozesse und -Verbrennungen ein Ende macht; ob dies der neu erwachten Wissenschaft oder der übrigen tiefgreifenden Neuorientierung der menschlichen Geistesrichtung zuzuschreiben ist, bleibe dahingestellt.

IV. Neuzeit.

Renaissance (15. und 16. Jahrh.). Mit dem Wiedererwachen antiker Denkweise tritt auch die alte Medizin wieder in ihre Rechte und verbreitet sich unter der Gunst der neu entdeckten Buchdruckerkunst (Gutenberg, 1. Druck: 1445), sehr rasch durch alle Länder. Es erheben sich die ersten Stimmen gegen die unsinnige, abergläubische Anschauung. Die Hysterischen werden wieder Kranke.

So bei *Primerose*, *Holler*, *Duret*, *Benedictus* und *Paracelsus* (1493—1541). Der Letztere stellt aus seiner mystisch-materialistischen Einstellung heraus von der Hysterie folgende merkwürdige Theorie auf (zit. nach *Cesbron*): „Der Gestalter auf dem mechanischen Gestirn nimmt den Merkur der Gebärmutter, verflüssigt sie, vermengt sie innig mit ihrem Schwefel und entzündet sie am Feuer des Löwen mit Hilfe von Sonne und Mars, dann teilt er sie und mischt sie von neuem". So soll die Hysterie entstehen. Ebenso seltsam ist ihre Behandlung, die mit einem Talisman durchgeführt wird.

Aus dem Erbe des Altertums übernimmt jeder, ganz nach seinem Gutdünken, die unveränderten Lehren, ohne zu wagen, sie an der Wirklichkeit zu prüfen.

Holerius[8]) nimmt zur Erklärung der „Praefocatio uteri" vom Uterus herrührende Dämpfe an, in denen sich Blut und Samenflüssigkeit mischen. In einzelnen Fällen, die dieser Erklärung sich nicht fügen, postuliert er die Retention eines fetten Saftes.

Montanus (1480—1551) und *Fernel* (1497—1558) bekämpfen bei aller Anerkennung der *Galen*'schen und arabischen Lehren die humoralen Anschauungen. Letzterer beschuldigt einen bösartigen Dampf als „Summa veneni pernicies", das Produkt einer nicht

8) Opera medica, de morbis internis, Kap. LIX, 1530.

näher beschriebenen Vermengung, die besonders bei der Kohabitation sich bildet; entsprechend nimmt er auch eine freie Beweglichkeit des Uterus an. Alle Symptome werden auf das Aufsteigen dieses Dampfes zurückgeführt, der den „*Furor Uterinus*“ erzeugt, wenn er das Gehirn erreicht hat. Der Anfall wird durch ein Weiterdringen dieses Dampfes nicht nur durch Venen und Arterien, sondern auch auf geheimnisvollen Bahnen und durch ein Außerfunktionsetzen der befallenen Organe erklärt.

Ambroise Paré (1517—1590) benützt in der Hysterie-Lehre wieder die Vorstellung vom „Teufel“ und beschreibt, unter Annahme derselben Entstehung wie *Fernel*, einzelne Symptome ganz gut [9]). Die Weiterverbreitung des Dampfes führt er auf einen Raummangel im Uterus zurück, der durch diesen zuerst aufgebläht wird.

Auch *Jean de Wier* [10]) (1515—1588) wird ein scharfer Gegner der Inquisitionen nach einem deutlich beobachteten Hysterie-Fall.

Forestus (1522—1597) [11]) sucht die Ursache der Hysterie in einem Reiben der Vulva. *Montaigne* (1533—1592) setzt sich für die Verantwortlichkeit gegenüber dem Hysterischen ohne Erfolg ein; von *Rodericus a Castro* (1590) [12]) stammt das Schlagwort: „Mulieres quae probe purgantur et coeunt, raro sunt hystericae“.

Im *17. Jahrhundert* lernt man unter dem Einfluß neuer wissenschaftlicher Entdeckungen (*Bacon*, 1620; *Harvey*, 1629) besser beobachten, und an diesem Aufschwung beteiligt sich auch die Kenntnis über das Wesen der Hysterie, allerdings vorerst nur in einzelnen, bald verhallenden Stimmen.

So können wir als ersten Verfechter einer „cerebralen Hysterie“ *Carolus Piso* (1563—1633) [13]) nennen. *Sennert* (1572—1637) [14]) läßt seinen Dampf vom Uterus nur in Venen und Arterien aufsteigen, da das Uterusgewebe die Flüssigkeit nicht durchtreten lasse; er will auch einen im Bauch durch Mesenterium und Pankreas erzeugten Saft bei der Entstehung der Hysterie mitwirken lassen, und zwar bei alten Frauen und jungen Mädchen, wo die Gebärmutter nicht in Tätigkeit ist. Nach *Rivière* (1589—1655) wirkt zur Entstehung der Hysterie (außer einem fetten Saft und dem Menstruationsblut) auch die Leucorrhoe mit, deren Schleim, durch Fäulnis zersetzt, als Dampf längs des Verdauungs-

---

9) Oeuvres complètes, éd. Malgaigne, 1861, t. III. p. 54 s.

10) Opera omnia, Amsterdam, 1660.

11) Observationum et curationum medicin. selectus, Rouen, 1563, p. 311.

12) De universu muliebrium morborum medicina, Hamburg, 1603, Buch 2, Kap. 1, II. Teil.

13) Selectiones observationum — morbus qui vulgo dicitur hysteria, Pont-à-Mousson, 1620.

14) Institutiones medicae, Bd. 2: De morbis mulierum, observatio XXV, Vilabergae, 1630.

traktus zum Gehirn aufsteigt, eine ganz ungeheuerliche Vorstellung z. B. neben der eines Carolus Piso. In seiner „Pratique de la médecine“ [15]) sagt er von der Hysterie in pathetischer Weise: „Morbus simplex, sed morborum iliada“. Auch *van Helmont* (1577—1644) fällt wieder in die alten humoralen Ideen zurück. *Jean Liébaud* (1609) legt besonders Gewicht auf die vagabundenhaften Wanderungen der Gebärmutter und betont die Rolle verschiedener Gerüche im unteren und oberen Teil des Körpers auf die Entstehung der Hysterie. *Varandée* (1666) [16]) findet mit seiner merkwürdigen Anschauung wenig Anklang: die Hysterie sei nichts anderes als eine durch die Abkühlung des ganzen Körpers verstörte Atmung der Gebärmutter, verursacht durch eine maligne Substanz, und der Rauch von dieser Substanz greife dann periodisch Herz und Gehirn an.

Thomas Willis (1622—1675) rügt die traditionelle Beschuldigung des Uterus als Ursache der Hysterie und steht fest überzeugt für die cerebrale Genese der Psychogenie ein, wogegen auch der heftige Widerspruch von *Highmore* (1613—84) [17]) vergeblich bleibt; dieser nimmt eine allgemeine Krankheit an ohne bestimmten Sitz, verursacht durch ein allzu leichtes und empfindliches Blut, besonders der Frauen, das durch das Eindringen in die betreffenden Organe die Störung verursacht. Von den „esprits animaux“ seiner Zeitgenossen will er nichts wissen.

Sydenham (1624—1684) [18]) bringt eine weitere Auffassung zum Ausdruck, indem er die Hysterie in den Nerven lokalisiert sein läßt und die Störung für eine Folge der ungeordneten „belebten Geister“ hält. Auch *Boerhaave* (1678—1738) spricht sich in diesem Sinne aus.

Während andere Zeitgenossen ganz in den Fußstapfen *Galens* bleiben (*Lange* und *Barbeyrac*), sehen *Chastelain* und *Chambon* in ihren Abhandlungen im Samenferment eine weitere Ursache. *Hochstetter* (1660) unterstützt die Theorie von *Lepois*. *Friedr. Hoffmann* (1660—1742) läßt aus dem vom Blut, Lymphe und Sperma durchtränkten Uterus diese Flüssigkeiten in die Gefäße eintreten und sich dann in den Sacral- und Lumbalnerven verbreiten. Als Beweis für die Pathogenität des Spermas für die Nerven sieht er dessen spezifischen Geruch an.

Die Hysterie ist also aus ihrer verschämten Rolle herausgetreten und zu einer Krankheit des Nervensystems geworden, die man mit rationellen Mitteln zu behandeln versucht.

18. Jahrhundert. In Deutschland sind noch *Buchner* u. *Schnapper* letzte Anhänger der humoralen Auffassung für die Hysterie, während *Stahl* (1660—1734) seine Animismus-Lehre veröffentlicht. Im übrigen vertritt dieser eine ganz persönliche Meinung über

15) Bd. II, Buch XV, Kap. 6.
16) Traité des maladies des femmes, Paris 1666.
17) Passio vel affectio hysterica, London, 1670.
18) Opera medica: diss. epistolaris ad *B. Coole*, Genovae, 1680, S. 448.

die Hysterie-Genese (Verdauung des rückgestauten Blutes in den Venen des Bauches und Uterus, woraus eine Erschlaffung der Gefäße und Atonie der betreffenden Partie entsteht). Es lassen sich immer mehr die einzelnen Anschauungen in eine der bisher genannten Gruppen einreihen, die wir dann im zweiten Teil genauer besprechen werden. In diese Zeit gehören *Mead* (1673), *Freind* (1675—1728), *Astruc* (1684—1766), *Blackmore* (1695), *de Gorter* (1688—1762), *Pitcairn* (1720), *Cheyne* (1733), *Tissot* (1755), *Raulin* (1758), *Cullen* (1712—1790), *Schacht* (1747), *Pomme* (1782), *Whytt* (1767), *Sauvages* (1706—1767), *Lorry* (1766), von denen wir die bedeutendsten im Zusammenhang mit ihren gleich denkenden Zeitgenossen einer näheren Betrachtung würdigen werden.

19. Jahrhundert. Die Zahl der Bearbeiter der Hysterie wird immer größer, und es kommt immer mehr im Strom der übrigen Wissenschaftsentwicklung das Bedürfnis nach genauer Beobachtung zum Ausdruck, eine Einstellung, unter der die bis dahin immer noch mächtigen alten Anschauungen allmählich seltener werden.

In einer Entzündung des Uterus glaubte *Puyol* die Ursache der Hysterie erblicken zu müssen auf Grund folgender Beobachtungen: 1. Befund von Phlegmasia uteri bei hysterischen Frauen; 2. Zusammenfallen der Häufigkeit der Hysterie mit der Zeit der aufhörenden Menstruation und der chronischen Metritiden; 3. nach Gravidität und Geburt entstehen am häufigsten Entzündungen des Uterus und auch die Hysterie; 4. die Hystericae haben alle Leukorrhoe und Menstruationsunregelmäßigkeiten. Die Puyol'sche Erklärung dieser 4 Tatsachen läßt sich mit *einer* Antwort widerlegen: es handelt sich immer um zufällige zeitliche Coinzidenzien, die mit irgendeiner kausalen Verknüpfung nichts zu tun haben, ganz abgesehen davon, daß gar nicht alle dieser Symptome unbedingt für Metritis sprechen (*Briquet*).

Auch *Pinel* (1755—1826) klassifiziert die Hysterie noch unter die Neurosen der Fortpflanzungsorgane, aber mehr aus Tradition als aus logischer Begründung.

In Frankreich werden aus dem Bewußtsein der Unklarheit der Auffassungen über die Hysterie einige akademische Preisfragen gestellt: in Bordeaux trägt *Dubois d'Amiens* (1833) den Preis davon; der Preis der Académie de Médecine im Wettbewerb des Jahres 1845 wird *Brachet* (1849) und *Landouzy* (1846) zugesprochen. Diese und die Arbeiten von *Louyer-Villermay* mit ihrem „atavistischen Gepräge" (1816), von *Georget* (1821), *Broussais* (1848), *Sandras* (1851), *Vulpian*, *Schutzemberger* in Frankreich und *Valentiner*, *Romberg* und von *Meyer* in Deutschland werden an anderer Stelle besprochen.

Weitere bedeutende Fortschritte bringen die ausführlichen und sehr kritischen Abhandlungen von *Lasègue* (1816—1833) und von

P. Briquet (1859) sowie diejenigen von *Gérard, Girard, Rostau, Andral* und *Voisin*. Mit dem Werk von *Briquet* wird der alte Zopf der Lehre von der uterinen Herkunft der Hysterie endgültig beseitigt. Dagegen sind die Veröffentlichungen aus dem englischen Sprachgebiet aus derselben Zeit (*Amard* und *Tate, Teale, Griffin, Todd, Porter, Isaac, Thomas, Turck*) sowie diejenigen *Ollivier d'Anger's* und *Benedikt's* eher als Rückschritt zu betrachten. *Briquet* hat für die bahnbrechenden Arbeiten *Charcot's* (1825—93) auf dem Gebiet der Hysterie den Weg geebnet, dessen Verdienst vor allem (neben seinen klassischen Arbeiten über die organische Neurologie) in einer Bereicherung der Symptomatologie und Schaffung einer (wenn auch übertriebenen) Systematik der Hysterie liegt.

V. Neueste Zeit.

In der Zeit von *Charcot* weg können wir in der Entwicklung der Hysterielehre *drei Perioden* unterscheiden. In einer *ersten* wurde dem Krankheitsbilde eine mehr oder weniger präzisierte organische Veränderung zugrunde gelegt: *Charcot* bis ca. 1875; *Binet-Sanglé* (1901). An diese reihen sich in lockerem Zusammenhang zwei Autoren an, die, wie *Briquet* kurz vor ihnen, in der Hysterie die Auswirkung einer funktionellen Hirnstörung sahen [*Grasset* (1896) und *Sollier* (1897)]. Mehr und mehr verschob sich die Betrachtungsweise auf die *psychologische Ebene* (2. Periode), eine Tatsache, die wohl einerseits auf den erschöpfenden Ausbau der somatischen Semiologie durch *Charcot* und seine Schüler und anderseits auf die erste Kritik an den somatogenen Stigmen *Charcot's* durch *Bernheim* u. A. zurückzuführen ist. Diese auch deutscherseits (*Jolly*) als wohlbegründet bezeichnete Entwicklung ergab sich so in ungezwungener Weise sowohl den Anhängern wie den Gegnern ihres großen Lehrers. Während wohl *Bernheim* (1890) den ersten Axthieb an das als so feststehend erscheinende Werk *Charcot's* legte, waren es *Pierre Janet* (1893) und *Josef Babinski* (1902) im französischen und *Moebius* (1888), *Strümpell* (1892), *Freud* und *Breuer* (1893) im deutschen Sprachgebiet, die der psychologischen Forschungsrichtung zum endgültigen Sieg verhalfen. Auch bei objektiver Stellungnahme, wie sie der „schweizerische Eklektizismus" (*Bing*) am ehesten aufbringt, darf man wohl sagen, daß das Verdienst für diese in der Geschichte der Hysterie erstmals allgemein anerkannte Anschauung *Babinski* zuzuschreiben ist, eine Anschauung, die in der denkwürdigen Sitzung der neurologischen Gesellschaft in Paris am 9. April 1908 durch einen ungewöhnlichen „Consensus omnium" sich dokumentierte. Von dieser Einstellung der Neurologen her nahm sinngemäß auch die Psychiatrie, die dann während eines Dezenniums in Deutschland für den weiteren Ausbau der Hysterielehre privilegiert schien,

einen neuen Aufschwung (*Bonhoeffer* (1907), *Binswanger* (1900), *Birnbaum* (1910), *Westphal* (1904), *Kraepelin* (1913), *Gaupp* (1911) und ihre Schüler). Auch die schweizerische [*Forel* (1907), *Bleuler* (1908), *Jung* (1908), *Dubois* (1910)] und die österreichische Psychiatrie [*Raimann* (1904), *Raimist* (1913), *Wagner von Jauregg* (1916)] hat davon neue Belebung erfahren und ihre Kenntnis von der Psychogenese der Hysterie vertieft. Ja, selbst die Neurologen außerhalb Frankreichs finden wir zu jener Zeit ganz psychologisch eingestellt [*Oppenheim* (1913), *Lewandowsky* (1914), *Bechterew* (1905), *Strümpell* (1916), *Curschmann* (1916) u. A.]. Dermaßen von allen Seiten gestützt, trifft das „Massenexperiment" (*Hoche*) des Krieges das Gebäude der Hysterielehre schon recht gut gefestigt, und alle die vielen neuen Beobachtungen während der vier Jahre haben zu diesem Werk nur neue Bausteine hinzuzutragen vermocht [*Pönitz* (1921)]. Ein Angriff französischerseits, gewisse bisher unbekannte Störungen in den Rahmen der Hysterie einzuspannen und damit das Gedankengefüge *Babinski's* zu Fall zu bringen, ist von zwei Seiten unabhängig voneinander zum Stillstand gebracht worden. Ich meine damit die durch *Babinski* und *Oppenheim* als Produkte von organischer Natur erwiesenen „physiopathischen Störungen (troubles nerveux d'ordre réflexe)".

Der von dieser Seite auf das neue Monument gerichtete erste Ansturm war also in sich zusammengebrochen. „Fast wollte es scheinen, als sei die von *Charcot* und seiner Schule mit soviel Eifer und so großer Akribie studierte und in klassischen Schilderungen überlieferte Semiotik der hysterischen Krankheitserscheinungen für alle Zukunft tieferen Interesses entkleidet, als habe die *physio*-pathologische Seite des von den psychogenen Innervationsstörungen aufgeworfenen Problems durch eine knappe und endgültige Formel (*Babinski*) ihren Abschluß gefunden, und als stehe der Beschäftigung mit jenen Syndromen nur noch in *psycho*-pathologischer Richtung fürderhin ein ergiebiges Arbeitsfeld offen [*Bing* (5, u)]".

Aber in aller Stille bereitete sich eine weitere Offensive vor (3. Periode), hat doch schon im Jahre 1911 *Lépine* im Anschluß an *Grasset's* Ausführungen seine Bedenken gegen eine so ausschließlich psychologisch orientierte Betrachtungsweise geäußert[19]). Zwei Jahre später hat *Bing* (5,a) die Richtung, in der diese physiologische Beteiligung gehen sollte, „als Mitwirkung somatischer Faktoren bei der Gestaltung psychogener Symptome" genauer umschrieben. Noch genauer und mit retrospektiv fast prophetischen Worten

19) „Il y a des raisons de penser que tout état hystérique grave comporte parmi ses éléments pathogéniques une base organique". (Zit. nach *Imbert*: „Hystérie, insuffisance rénale et rétention chlorurée, revue de méd., 1911, p. 744).

hat schon 1916 *Strümpell* (74) die Bedeutung der somatischen Faktoren für die Hysterie in seinem Schlußwort wie folgt skizziert: „Wer viel Hysterische an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten beobachtet hat, dem muß sich immer wieder die Tatsache von der merkwürdigen *Gleichartigkeit der hysterischen Krankheitserscheinungen* zu allen Zeiten und an allen Orten aufdrängen. Daß Masern und Pneumonie allenthalben das annähernd gleiche Krankheitsbild zeigen, ist nicht verwunderlich. Daß aber auch die psychogen bedingten Krankheiten überall, auch im Einzelnen, dieselben Krankheitszüge darbieten, daß z. B. die hysterischen Anfälle in Paris, Leipzig und Wien, in Asien und Amerika einander durchaus ähnlich sind und in denselben Innervationsformen ablaufen, und daß sich dieselbe Erfahrung auch bei allen anderen Hysterie-Symptomen (Astasie, Abasie, Hemianästhesie, Singultus- und Ructusformen) aufs Deutlichste zeigt, ist eine Tatsache, die zum Nachdenken Anlaß gibt. Sie weist darauf hin, daß auch das psychische Geschehen, die Zustände des Bewußtseins und deren Einwirkungen auf die Körperlichkeit, nach festen, in unserer *Gesamtorganisation* liegenden und durch sie bedingten Gesetzen geregelt sind". Worte übrigens, wie sie *Henri Meige* 1920 nach Ausbruch der Encephalitis als später oft benütztes Zitat auch ausgesprochen hat, im Zusammenhang seiner oben (S. 3) auch von mir benützten, wertvollen historischen Studien.

Den Stein eigentlich ins Rollen gebracht hat dann erst die „von den auf die Fortschritte der Neurologie neidischen Göttern als Prüfung geschickte" (*Christiansen*) Encephalitis-Epidemie vom Jahre 1918.

Diese Erkrankung war als klinisches Bild in dieser Zusammensetzung noch nie dagewesen. Einige ihrer bald als ungeheuer vielgestaltig erkannten Teilbilder waren wohl in einzelnen seltenen und gut studierten Fällen schon bekannt. So die Paralysis agitans [*Parkinson* (1817)], die um jene Zeit (1911) auch *Tilney* und *Babinski* wieder beschrieben hatten; die Dysbasia lordotica [*Schwalbe-Ziehen* (1908)], deren organische Natur *Oppenheim* (1911) und deren Zugehörigkeit zur Pseudosklerose *Maas* (1918) nachgewiesen hatten; dann die eng zusammengehörigen Krankheitsbilder der Pseudosklerose [*Westphal* (1883), *Strümpell* (1898)] und der *Wilson*'schen Krankheit (1912), bei denen man spezifische anatomische Veränderungen gefunden hatte. Leider waren die einschlägigen Fälle so selten geblieben, daß man eine genaue Symptomatologie dieser interessanten pathologischen Zustände aufzustellen noch nicht Gelegenheit gehabt hatte.

So traf die ganze West- und Mitteleuropa heimsuchende Krankheitswelle die neurologische Diagnostik jener kaum allgemein bekannten Hirnkrankheiten noch ganz in den Kinderschuhen. Daher ist es nicht verwunderlich, daß man sich an besser Geläufiges erinnerte und so auf die bei *Charcot*'s Schülern so eindrücklich

beschriebenen klinischen Erscheinungen der Hysterie stieß. Diese Assoziation ist aus verschiedenen Gründen gut begreiflich: 1. erzeugt die Encephalitis epidemica *von Economo* Zustände organischer Natur, die, wie hysterisch und wie willkürlich nachahmbar aussehen (Störungen in der statischen Funktion, im Körpergleichgewicht, in der Haltung, in den psychomotorischen Automatismen); 2. ist bei Encephalitis epidemica und Hysterie ein psychischer Einfluß sehr deutlich, indem z. B. die auslösenden psychischen Ursachen ein Phänomen auch wieder zum Verschwinden bringen können, also, was für den ja meist praktisch tätigen Neurologen wichtig ist, ein auf den ersten Blick in psycho-therapeutischer Hinsicht gleiches Reagieren von als „organisch" bekannten und von hysterischen Erscheinungen. Diesen beiden ersten, ganz sinnfälligen Analogien gesellten sich später nur dem geübten Beobachter nicht entgehende Beziehungen anderer Art bei, von denen wir später hören werden (s. S. 55—58, 61 ff.).

Von dieser auf symptomatologischem Gebiet geschlagenen Brücke wollte man in verschiedenen Richtungen in das rätselhafte Neuland der Hysterie und in weiterem Sinn der sogenannten Psychogenie vordringen. Wenn beim Ausbau des psychologischen Feldes der Hysterie die spekulativen Deutschen — entsprechend dem nationalen Charakter ihrer Forschung — vielleicht eifriger waren, so treffen wir hier, mit dem realeren, sicheren Boden unter den Füßen, vor allem die Romanen als richtunggebende Führer an. Unter den vielen Einzelwegen der z. T. temperamentvollen Eroberer dieses auf letzte Wahrheiten führenden Gebietes lassen sich zu Beginn einige bestimmte Tendenzen feststellen:

1. *Ludo van Bogaert* (Antwerpen) und seine Schule sehen die Analogie der beiden Zustände darin, daß beide dieselben nervösen Bahnen und Zentren benützen für ihre Mechanismen, und die Störungen entsprechend dieselben Erscheinungen hervorrufen. (Weiteres siehe S. 78).

2. Nach *Claude* und *Baruk* besteht die Krankheit bei beiden in einer Lockerung des Zusammenhangs zwischen dem in Funktion setzenden Psychismus und der Funktion selbst (vgl. S. 66).

3. Die rumänische Schule (unter *Radovici*) geht noch weiter; für sie ergibt sich aus der annähernden Gleichheit der Bilder der postencephalitischen Zustände mit der Hysterie das Vorhandensein eines hysterogenen Apparates in jener Gegend (Extrapyridium), der durch organische Läsionen verschiedener Art in Funktion gesetzt werden kann. Also eine direkte „organische Hysterie", eine Auffassung allerdings, die — das sei schon hier betont — aus allen Lagern lebhaften Widerspruch findet. (Näheres S. 72 ff.).

4. Schon 1923 und nicht in direktem Zusammenhang mit der Encephalitis, hat *Sahli* (66) in der Ähnlichkeit gewisser wohlbekannter organischer Syndrome mit hysterischen Erscheinungen (in beiden Fällen existieren Ataxien, Agnosien u. a.) eine ostentativ materialistische Deutung der Hysterie versucht. Er nahm eine funktionelle Leitungsunterbrechung der Fasern des Interzentralsystems (Assoziationssystems) an. (Genaueres s. S. 48 ff.).

5. Die Lehre von *Pawlow* über die bedingten Reflexe haben *Kroll* und (nach inzwischen erschienenen, weiteren diesbezüglichen Publikationen *Pawlows*), neuerdings auch *Delmas-Marsalet* (15) in dem Sinn auf die Pathogenese der permanenten Hysterie-Symptome übertragen, daß diese nach Art jener Reflexe durch eine negative Induktion einzelner Rindenzentren von den subcorticalen Affektzentren aus zustande kämen. Durch eine konstante, dauerhafte Organisation wird hier das erklärt, wofür *Babinski* seinerzeit die Grundlage in der Simulation gesucht hatte.

6. Außer diesen später (s. S. 50) ausführlicher zu erörternden Erklärungsversuchen prinzipieller Art sei ebenfalls hier schon eine nur vergleichend vorgehende Forschungsrichtung erwähnt, die durch *Kretschmer* inauguriert wurde. Er sieht in den hysterischen Mechanismen phylogenetisch alte Instinktreaktionen ancestraler Natur, die nach *Bing* und Anderen als Enthemmungsphänomene subcorticaler Automatismen aufzufassen sind. (Weiteres s. II. Teil, III. Kap.).

Diese im Vergleich zur Beschreibung der psychologischen Seite etwas länger gehaltene Ausführung zeigt uns, wohin in der Betrachtung der Psychogenie die Tendenzen gehen. Wenn von 1910—1920 das Schwergewicht auf der psychologischen Denkweise (Psychiatrie) lag, so hat das Auftreten der Encephalitis epidemica die Weiche herumgeworfen und allen Illusionen einer „abgeklärten Hysterie" ein jähes Ende bereitet. Nicht daß zu befürchten ist, die extremen, rein morphogenetischen Deduktionen würden zum wissenschaftlichen Allgemeinbesitz. Aber durch die erneute Heranziehung somatischer Beobachtungen und ihre kritische Verwertung hat sich doch auf dem Gebiet der Hysterie die frühere einseitige Stellungnahme selbst verurteilt. Der für die Hysterie erstellte Bau hat sich als dringend erweiterungsbedürftig herausgestellt. Auch hier, wie auf allen Gebieten der „Theoria" ist es nur die *Synthese*, die uns weiter hilft, „nicht das „Entweder-Oder", sondern das „Sowohl-als-auch" (*von Weizsäcker*).

Lassen Sie mich in einem zweiten Teil auf dem kleinen Gebiet der Hysterie die historisch bekannten Fakta dieser Entweder-Oder-Theorien auf dem Wege vergleichender Darstellung wiedergeben, die entsprechend unserem heutigen Standpunkt bei den Vertretern jeder einzelnen Erklärungsweise rein betrachtend etwas verweilen soll. Mehr als einen kleinen Beitrag zur Geschichte von den Irrungen des menschlichen Geistes will diese Studie nicht bedeuten.

ZWEITER TEIL.

Vergleichende Darstellung der Anschauungen vom Wesen der Hysterie.

A. Theorien, die der Hysterie ein pathologisches Substrat zugrunde legen.

I. Sitz in den weiblichen Genitalien.

Wenn wir die ältere Literatur durchsehen, so rubrizieren sich am Anfang alle Bearbeiter des Hysterie-Problems hieher, bis zum 16. Jahrhundert die Mehrzahl, und nachher noch zahlreiche Autoren. Dies wird sich aus der großen Zahl von Namen deutlich ergeben, die wir unter den einzelnen Abschnitten anführen werden. Denn innerhalb dieser allgemein topographischen Lokalisation können wir, ohne die Systematik auf die Spitze zu treiben, unterscheiden zwischen Uterus, uterinem Nervensystem (in fließendem Übergang zum spinalen Nervensystem der Beckenorgane) und Adnexen als den der Hysterie zugrunde gelegten Lokalisationen.

1. Uterus.

Zum Eingang seien in annähernd chronologischer Reihenfolge sämtliche hieher gehörigen Autoren genannt, wie wir sie bei *Briquet* (11) und *Cesbron* (12) aufgezählt finden.

Pythagoras
Empedocles
Demokrit
Hippokrates
Platon
Aretaeus
Celsus
Galen
Aetius von Amida
Paul von Aegina
Ambroise Paré
Vesalius
Mercurialis
Forestus
Zacutus Lusitanus
Horstius
Baillou
Sennert
Rivière
Ettmüller
Chesneau
Freind
Wier
Astruc
Chambon
Pressavin
Morgagni
Alberti
Diemerbroek
Buchner
Duparcq
Fourcade
Schnapper
Musset
Puyol
Boisseau
Broussais
Brunet
Piorry
Roche

Die näher Ausgeführten sind durch *Kursivdruck gesperrt* hervorgehoben und auch im ersten Teil erwähnt; die übrigen konnten in der kurzen Übersicht, die ja der erste Teil sein will, nicht alle erwähnt werden und sind hier nur angeführt, um ihre Einstellung bekannt zu geben und die große Zahl der Autoren zu zeigen, die sich zu allen Zeiten um das Hysterie-Problem bemüht haben.

a) Hysterie durch Entbehrung der männlichen Samenflüssigkeit infolge Lageveränderungen des Uterus.

Die Geschichte der Medizin findet bei *Hippokrates* (33) die ersten genaueren Ausführungen über die Hysterie. Allerdings nicht in Form einer systematischen, zusammenhängenden Darstellung, sondern als in seine Paragraphen eingestreute, grundsätzliche Bemerkungen.

Danach zeigt sich, daß *Hippokrates* die Hysterie für eine Folge von Lagewechsel, ja ganzen Wanderungen des Uterus hält. Er weist diese Veränderungen palpatorisch nach und findet den Uterus bald in Lebernähe, bald beim Herzen oder sogar im Kopf und in den Füßen [20]). Dieses vagabundenhafte Verhalten der Gebärmutter ist die Folge einer ungenügenden Befriedigung durch die ihm eigene Tätigkeit der Aufnahme von männlicher Samenflüssigkeit und der Funktionen der Progenitur.

Durch schlechte Gerüche kann man denn auch die herumirrende Gebärmutter an ihren Ort zurücktreiben und sie durch wohlriechende von der Scheide aus am richtigen Ort festhalten. So schildert er sehr getreu die Entstehung und den Verlauf eines hysterischen Anfalles, bei dem er die Gebärmutter durch Massage von der Leber wegstößt und die Witwen dadurch von der Hysterie heilt, daß er ihnen im Bereich des Hypochondrium eine Bandage um den Bauch legt (neben der beschriebenen „aromatischen Therapie"). Für die älteren Jungfrauen noch besser ist es, zu heiraten und schwanger zu werden. So entsteht z. B. die Dyspnoe durch Einengung der Luftwege von seiten des Uterus und läßt sich durch Einnehmen von bitteren Mitteln beheben.

Im 6. Buch der epidemischen Krankheiten (*Ἐπιδημιῶν βίβλια ἕπτά*) findet sich die Verordnung eines antihysterischen Dampfbades (Inhalation); nebenbei ein Beispiel für die gründliche therapeutische Arbeit des *Hippokrates*: „Man werfe wilde Feigen in Wein, lasse ihn kochen, lege um die Mündung des Gefässes eine Koloquinte, die mitten entzwei geschnitten und geleert worden ist.

20) Vgl. den bei Bing (5, c) zitierten Ausspruch einer elsässischen Bäuerin über ihre hysterische Tochter: „Die Mutter will ihr zum Halse heraus", ein Beleg für die Tatsache, daß alte Anschauungen als „Rudimente" erhalten bleiben.

Ihr kleines Ende schlägt man ab, um sie wie einen Deckel auf einen Schlauch anbringen zu können. Der Geruch (aus diesem Gefäße) wird durch diese enge Öffnung zur Gebärmutter hingelangen".

In den Kapiteln 49, 73, 75, 79, und 87 des Buches „Die Natur der Frau" (*„Περὶ γυναικείης φύσιος"*) finden wir weitere symptomatologische Einzelheiten, die uns hier nicht weiter angehen; ebenso im Buch über die „Diät bei akuten Krankheiten" (*„Περὶ διαίτης ὀξέων"*, Kap. 35), über Frauenkrankheiten (*„Γυναικεῖον βίβλια δύο"*) in den Kap. 125, 126, 129, 130 und 151. Dann auch in denjenigen über die Vorhersagungen (*„Προρρητικά"*, Kap. 343); alles Stellen mit interessanten Einzelheiten über hysterische Symptome, die uns in das ärztliche Denken jener Zeit einen wertvollen Einblick gestatten.

Dieselben Ideen haben wir schon vor *Hippokrates* bei *Pythagores* und *Empedokles* und nach ihm bei *Platon* gefunden, wie wir in unserem ersten Teil andeuteten (s. S. 4 f.).

b) Hysterie durch Überfluß an weiblicher Samenflüssigkeit oder Menstruationsblut im Uterus (*Galen*).

Als zweiten, für die Lehre von der Hysterie wie für die gesamte Medizin wichtigen Autor haben wir *Galen* (131 — ca. 200 n. Chr.) anzuführen, der auch für unser Gebiet bahnbrechende Schriften hinterlassen hat. Durch die Anwendung seiner humoralen Theorien auf die Hysterie hat sich eine andere Betrachtungsweise dieser umstrittenen Krankheit durchgesetzt.

Der im Uterus zurückgehaltene männliche und weibliche Samen oder das durch Störung des menstruellen Cyklus verdorbene Blut durchtränken die Uteruswandungen, reizen die Nerven und erzeugen so die hysterischen Symptome (Anfälle etc.). Vergleichbar der Vergiftung des ganzen Körpers durch Biß eines tollwütigen Hundes, verbreitet sich dieses pathogene Agens durch den ganzen Körper, mit dem Uterus als Ausgangspunkt. („Hysterica accidentia ad uterum tanquam ad radicem partinere").

Die *Galen*'sche Theorie ist das Produkt einer schlecht gedeuteten Beobachtung, die *Galen* an einer Witwe machte. Diese wurde durch die 2. Heirat geheilt und erkrankte nach dem Tod ihres Mannes von neuem mit denselben Erscheinungen wie früher. Ganz verschiedenartige Symptome, wie Kreislaufschwäche, Dyspnoe oder Kontrakturen, führt *Galen* auf dieselbe Ursache zurück. Dazu glaubt er aus seinen Beobachtungen an Witwen berechtigt zu sein: diese hätten früher regelmäßige Menses und häufigen Verkehr mit Männern gehabt. Dann habe alles dies aufgehört und seien die hysterischen Erscheinungen aufgetreten. Was ist da natürlicher,

folgert *Galen,* als daß Störungen wie Dyspnoe, Erstickungsanfälle usw. auf Unterbrechung des menstruellen Abflusses zurückzuführen sind?

Das Analogon ist bei Männern die sexuelle Abstinenz, die hier dieselben Erscheinungen, aber vorwiegend psychischer Natur, auslöst, besonders bei Leuten, deren Samenflüssigkeit reichlich ist und schädliche Stoffe enthält.

Auch ex juvantibus glaubt *Galen* zu dieser Auffassung kommen zu müssen, indem eine Witwe, bei der er durch bestimmte Maßnahmen den Abfluß der uterinen Flüssigkeit wieder herstellt, von da ab von ihren hysterischen Übeln völlig geheilt ist.

Hysterische Erscheinungen kommen nur in Fällen mit gestörter menstrueller Entleerung vor. Die Lehre von der Wanderung des Uterus sei schon durch anatomische Kenntnisse leicht zu widerlegen, indem ein Krampf irgendwelcher Art den Uterus doch niemals bis zum Zwerchfell hinauftreiben könne. Er sieht als hinaufsteigend nur das Collum uteri an, das durch das geblähte Corpus aufwärts gezogen werde. Die laterale Abweichung ist durch die starke Gefäßfüllung mit Zerrung an den Bändern und diese ihrerseits durch Retention der Perioden bedingt. Wo wir keine Verdrehung der Gebärmutter und keine Zurückhaltung der Regeln haben, sind die Krankheitszeichen durch den mangelhaften Abfluß der Samenflüssigkeit bedingt.

Die beiden bisher genannten Theorien von *Hippokrates* und *Galen* werden, wie wir z. T. schon gesehen haben, das ganze Mittelalter hindurch die Lehre von der Hysterie-Genese beherrschen.

c) Fäulnis des (Leukorrhoe verursachenden) Gewebsmaterials als Ursache der Hysterie.

Auf einen besonderen Vorgang innerhalb des Cavum uteri greifen *Sennert* (1630) und *Rivière* (1640) zurück.

Das im Uterus abgestoßene Gewebsmaterial gerät in Fäulnis und der sich entwickelnde Dampf steigt nach *Sennert* durch Venen und Arterien in die oberen Teile des Körpers auf („Aura subtilissimus vapor sed spiritus, vi et efficacia potens, attollitur"). Dort erzeugt er als Giftstoff die verschiedensten funktionellen Störungen. Als Aggregatzustand dafür war ihm nur Gasform annehmbar (aura prava). Denn eine Flüssigkeit könnte das Gewebe nicht so schnell durchdringen unter so rascher Anrichtung solcher Störungen wie z. B. eines hysterischen Anfalles. Für Fälle, wo die uterine Tätigkeit noch nicht oder nicht mehr ausgebildet war, also bei jungen Mädchen und bei alten Frauen, nimmt *Sennert* (wie *Holerius* (1560) und später *Mauriceau*, s. S. 27) als agent provocateur einen im Abdomen vom Mesenterium und Pankreas gebildeten besonderen Saft an. (Lit.-Angabe: S. 9).

Rivière (Lit. s. S. 9), der von der Hysterie als einer „Morbus simplex, sed morborum iliada" spricht, ist vollständig den humora-

len Anschauungen eines *Galen* verschrieben (fetter Saft als Krankheitsursache, vgl. unten). Aber offenbar genügt ihm diese Argumentierung nicht ganz, denn er postuliert einen weiteren Saft. Dieser entsteht aus den verschiedenen Flüssigkeiten, die sich in Uterus und Vagina im Verlauf von weißem Fluß bilden und ist für Frauen mit Leukorrhoe die auslösende Ursache der Hysterie. So wird der Uterus- und Vaginalschleim mit seinen verschiedenen Bestandteilen ein gefährliches Gift. Und zwar dadurch, daß er bei seinem Verweilen in den Genitalien, die einen Sammelplatz für alle unreinen Produkte darstellen, in Fäulnis gerät und bösartige Dämpfe entstehen läßt, die dann Anfälle erzeugen.

Aber diese steigen nicht, wie bei *Sennert*, entlang den Gefäßen auf, sondern durchdringen die Gewebsmaschen oder gelangen längs des Verdauungstraktus zum Gehirn hinauf. Im Moment, wo dieser Saft in die oberen Partien aufsteigt, entsteht der hysterische Anfall. Er beruhigt sich, wenn diese Dampfbildung sich erschöpft hat.

Hier also gegenüber *Sennert* die deutliche kausale Verknüpfung eines klinischen Symptoms mit der Genese der Hysterie.

d) Die Hysterie wird durch einen scharfen Schleim in den Uteruskrypten erzeugt.

Astruc[21]) stellt in der bei anderen Autoren schon sehr fortgeschrittenen Hysterie-Theorie nach *Briquet* wieder die alte Anarchie her. Er führt die Hysterie auf folgende Tatsachen zurück: 1. Reizungen von Seiten eines scharfen, in den Uterus sezernierten Saftes; 2. zu lebhafte Kitzelung von Seiten der Samenflüssigkeit; 3. Aufblähung von Ovarien und Tuben; 4. zu starkes Pulsieren in den Uterusarterien; 5. Auftreibung der „Milchgefäße“ des Uterus.

Bei ganz guter Beschreibung einzelner Hysterie-Symptome (Anfall, Lähmungen) ist er auf seiner Theorie stark versessen und findet dadurch den lebhaftesten Unwillen und Widerspruch *Briquets*. Seine Lehrmeinung stützt *Astruc* auf folgende Tatsachen, die bei den hysterischen Anfällen zu beobachten seien:

1. Der Anfall beginnt immer mit Sensationen in der Uterusgegend, wie Gefühlen von Verlängerung, Verkürzung, Erweiterung, peristaltischen Bewegungen und seitlicher Abweichung.

2. Beendigt wird der Anfall immer durch einen mehr oder weniger beißenden, feuchten Erguß, der die Vulva reizt. Diese Reizung überträgt sich von hier und vom Uterus via Nervenbahn und Rückenmark auf das Gehirn, das aber erst sekundär betroffen werden kann.

3. Die Anfälle finden gehäuft statt zur Zeit der Perioden und während des weißen Flusses und werden durch Heirat prompt geheilt.

---

21) Traité des maladies des femmes, 1761.

4. Bei Autopsien lassen sich gewöhnlich krankhafte Veränderungen der Vulva, der Scheide, der Gebärmutter oder der Adnexe feststellen.

Als primäre Ursache steht also für *Astruc* immer eine Reizung des Uterus fest, die sich dann in der oben beschriebenen Weise äußern kann.

In seiner Abhandlung über die Frauenkrankheiten anerkennt *Chambon* (1784) nur die uterine Genese der Hysterie. Die hysterischen Anfälle entstehen durch allzu reichlichen Uterusschleim, der die Drüsenräume der Gebärmutter reize. Von da aus greife dann eine Kontraktion der Muskulatur auf das ganze Organ über und irradiiere entlang den Uterusnerven in die übrigen Teile des Körpers.

e) Hysterie durch Reizung des Uterus infolge übertriebener Enthaltsamkeit, venerischer Exzesse, Metritiden und anderer pathologischer Veränderungen des Uterus.

Puyol de Castres (Ende 17., Anfang 18. Jahrh.) wehrt sich gegen die ganze sinnlose Behauptung, der Hysterie liege kein bestimmtes Substrat zugrunde, sie sei nur eine nervöse Affektion. Denn die anatomischen Untersuchungen ließen ihn immer gewisse Anzeichen von chronischer Entzündung der Gebärmutter finden. Bei fehlendem Befund ist es eine abgeheilte Entzündung, die während ihres Manifestseins die hysterischen Symptome erzeugt hat; und diese sind jetzt durch Angewöhnung seitens des Organismus bestehen geblieben.

Puyol operiert mit einer gesteigerten krankhaften Sensibilität der nervösen Faser, die durch jede herdförmige Reizung von genügender Stärke sich herausbilde und dann auch ausstrahle auf die Umgebung. Diese Sensibilitätserhöhung mit Irradiation kann nur bei Reizung von bestimmten Organen entstehen, wozu neben Leber und Gehirn eben auch die Gebärmutter gehört. Seine Meinung stützt er auf folgende, ihm als sicher erwiesene Tatsachen:

1. den Befunden von Metritiden bei hysterischen Frauen;
2. der Häufung der hysterischen Erkrankung in den Jahren der Klimax, wo die chronischen Entzündungen auch am häufigsten seien;
3. während der Schwangerschaft und Wochenbett sind die nervösen und hysterischen Störungen häufiger, entsprechend den vermehrten Entzündungen des Uterus; nach Rückkehr des Uterus zur früheren Funktion verlieren sich auch diese Erscheinungen wieder.
4. Die Hystericae zeigen fast durchwegs Menstruationsunregelmäßigkeiten und Fluor albus, wie auch ihr Unterleib sehr oft druckempfindlich ist.

Auch *Broussais* (1772—1838)[22]), der berühmte Begründer der Reiztheorie, der von *Puyol* und dem Phrenologen *Gall* (lokalisatorisches Prinzip!) bestimmt ist in seinen Anschauungen, führt die Hysterie auf eine Erkrankung des Uterus zurück als einer der letzten Autoren.

Er argumentiert dabei mit folgenden Beweisen:

1. Die Hysterischen empfinden ein Wärme- und Schärfegefühl in den Sexualorganen.
2. Das Collum uteri ist brennend heiß, und bei Hochheben des Uterus mit dem Finger erzeugt man das Erstickungsgefühl und das Aufsteigen der „Kugel" durch die Kehle[23]). Auch durch starke Palpation der Ovarien lassen sich Anfälle hervorrufen.
3. Die hysterischen Frauen haben häufig unregelmäßige Perioden und weißen Fluß.

Bis ins 19. Jahrhundert hinein hat sich also das alte Dogma von der uterinen Entstehung der Hysterie aufrecht erhalten, wenn es auch zu dieser Zeit nur mehr von der Minderzahl der Gelehrten geteilt wurde.

2. Das uterine Nervensystem als Sitz der Hysterie.

Bisher war es der Uterus als Organ selbst, der für den Ursprung der Krankheit gehalten wurde. Im folgenden treffen wir Autoren, die eine pathogenetische Wirkung von der Gebärmutter aus nur via Nervensystem für möglich halten. Dazu gehören *Cullen*, *Lieutaud*, *Louyer-Villermay*, *Landouzy* und *Romberg*, deren Gedankengänge wir hier kurz resümieren wollen.

Cullen (1764)[24]), der berühmte schottische Arzt, ordnet und faßt die Krankheit meist so auf, daß sie in die in seiner Nosographie niedergelegte Theorie paßt. Für ihn ist die Hysterie eine „spastische Krankheit ohne Fieber, die die natürlichen Funktionen betrifft". Das Hauptgewicht legt er auf krampfhafte Vorgänge im Verdauungstraktus, mit denen die Anfälle beginnen sollen; von dort aus greifen sie über auf das Gehirn und große Teile des Nervensystems. Dann aber folgert er weiter: „Indessen haben die Fälle so oft eine derart nahe Beziehung zu den Fortpflanzungsorganen, daß die Ärzte aller Zeiten mit Recht die Hysterie als eine Affektion des Uterus und der andern Teile des Nervensystems der Fortpflanzungsorgane betrachtet haben" [zit. nach *Cesbron* (12)].

Lieutaud (1776)[25]) kann sich auf keine einzelne der bisherigen Theorien allein festlegen und nimmt daher alle bisherigen zu einer

---

22) De l'irritation et de la folie, 1848, p. 347.

23) En touchant chez les unes le col de l'uterus avec le doigt, et soulevant le corps, je déterminais des attaques d'hystérie (a. a. O.).

24) Eléments de médecine pratique (traduit par Bosquillon et de Deleus, 1819).

25) Bd. 3, I. Abschnitt, S. 615 seiner Nosologie.

kombinierten Hypothese zusammen: so die gestörte nervöse Funktion, die Retention des Menstruationsblutes und der Lochien, sowie die gesteigerte sexuelle Enthaltsamkeit. „Inbetreff ihres Sitzes ist es schwierig, ob man sie nicht in die Nerven verlegen will (sc. der Genitalien), losgelöst von allen organischen Fehlern". Auch die fehlerhaften Säfte spielen bei *Lieutaud* noch eine gewisse Rolle. Im ganzen ein Dokument für die Unsicherheit in der Hysterieauffassung jener Zeiten.

Louyer-Villermay (1816)[26]) hat durch seine anachronistisch anmutende, preisgekrönte Arbeit unter seinen Zeitgenossen den größten Unwillen erregt.

Der Uterus besitzt eine außerordentliche, organeigene Empfindlichkeit, und diese erzeugt eine uterine nervöse Störung: den hysterischen Anfall mit seinen besonderen Initial- und Hauptsymptomen. Eine Störung im Gewebe findet sich dabei gewöhnlich nicht. An anderer Stelle redet er von „tempérament utérin", das offenbar dem übrigen allgemeinen Temperament entsprechen soll.

Auf dem Uterus als Organ mit starker Reizbarkeit bleibt er beharren wegen einiger nach ihm konstanter Symptome: der wurmartigen, palpierbaren Bewegung; dem aufsteigenden Globusgefühl; den Erscheinungen des Anfalles. Seine Ergebnisse aus den pathologisch-anatomischen Studien faßt er wie folgt zusammen:

1. meist ist keine wahrnehmbare Veränderung der weiblichen Genitalorgane vorhanden,
2. auch bei langer Dauer nicht,
3. selten sind organische Gewebesalterationen beobachtet in Uterus und Adnexen.
4. Es kann eine auf primäre organische Schäden der Genitalorgane superponierte Hysterie bestehen, die mit jener in kausalem Zusammenhang steht.
5. Auch eine primäre Kombination von beiden ist möglich.

Aus dieser Ablehnung organischer Befunde und den erwähnten klinischen Erscheinungen mußte *Louyer-Villermay*, wenn er am Uterus festhalten wollte, zu jener nervösen Theorie gelangen, eine im Zeitalter der Aufklärung allerdings unbegreiflich anmutende Tatsache.

Bis im Jahre 1857 spukt der Uterus für die Entstehung der Hysterie immer noch in den Köpfen der Gelehrten aller Länder; dafür sprechen *Landouzy* und *Romberg*.

Der Erstere[27]) verknüpft die Anschauungen der Alten mit denen von *Broussais* und *Puyol*. Daraus ergibt sich die Vorstellung, eine Erkrankung des genitalen Nervensystems sei Schuld an der Neurose.

---

26) Traité des maladies nerveuses, ou l'hystérie ou l'hypochondrie.
27) Traité complet de l'hystérie, 1846.

Diese Behauptung bekräftigt er durch Aufzählung von Beispielen, wo nichthysterische Frauen, die während der Periode oder außerhalb derselben stark hypogastrische Schmerzen geäußert hatten, zugleich hysterische Erscheinungen (wie Erstickungsanfälle u. a.) aufwiesen. Auch Fälle von genitalen Erkrankungen, die bei lebhafter seelischer Erregung hysterische Erscheinungen zeigten, führt *Landouzy* als Zeugen dafür an. Ja, er stellt sogar einen Vergleich auf zwischen den hysterischen Phänomenen und den Erscheinungen der Metritis und nennt bei beiden als Kardinalsymptome generalisierte Krämpfe, Zittern der Lippen, Zähneknirschen, Strabismus, starke seelische Erregbarkeit, um aus seinen beiden Quellen eine Synthese zu formen. Eine Kompilation allerdings, die wir mit *Briquet* für sehr abwegig halten, da sie uns als typische Erscheinung der Meningitis bekannt ist.

Auch *Romberg* (1815—1873) (59. a) greift noch auf das uterine Nervensystem als den Ausgangspunkt der Hysterie zurück. Die Symptome entstehen dann reflektorisch durch Reizung des Rückenmarkes. „Bedingung für die Entstehung der Hysterie ist die Geschlechtsreife der Weiber“; mit diesem Ausspruch läßt er die Krankheit nur dem weiblichen Geschlechte zuerkannt sein.

3. Adnexe als Sitz der Hysterie.

Aus der geläufigen Tatsache vom ovarialen Druckpunkt, der bei *Charcot* später noch weiter ausgebaut wird, ist es verständlich, daß auch dem Ovar noch die Ehre zuteil wurde, an der Entstehung der Hysterie mit verantwortlich zu sein. Weshalb es nicht früher der Fall war in etwas präziserer Weise, läßt sich nicht genügend abklären.

In seinem Aufsatz führt *Schutzemberger* [28]) die hysterischen Phänomene auf eine Reizung der Ovarien zurück, die sich auf folgende Art äußern kann:

1. Fixierung auf die Ovarien oder Irradiation von dort aus;
2. die Reizung besteht oft in einer Art von Überempfindlichkeit der regionalen Nerven, wodurch die Hyperästhesie entsteht.
3. Daraus entsteht sehr häufig auf reflektorischem Wege eine gesteigerte Erregbarkeit der Medulla spinalis („excitabilité réflective“).

Bouillaud [29]) stellt gegenüber der damals schon gut eingebürgerten Lehre vom cerebralen Ursprung der Hysterie für seine Person als noch wohlbegründeter die These auf, nicht der Uterus, wohl aber die übrigen Genitalorgane seien der Sitz der Hysterie.

---

28) Gaz. méd. de Strasbourg, 26. 9. 1846.
29) Nosographie médicale, Paris 1846, Bd. 3, p. 621.

Denn das cerebro-spinale Nervensystem übe keine Wirkung aus auf den Uterus, da dieser keine Nerven von jenem erhalte und er überhaupt keinen der hauptsächlichsten Teile des Genitalapparates darstelle, wie sein Fehlen beim Manne beweise, der doch auch einen vollständigen Geschlechtsapparat besitze.

Damit sind wir mit der Aufzählung der wichtigsten Lehrmeinungen auf dem Gebiet der Genitalorgane zu Ende gekommen. Sie hat uns durch mehr als zwei Jahrtausende geführt und ein anschauliches Bild hinterlassen von der ungeheuer mannigfaltigen Art, auch nur innerhalb eines Gesichtskreises einem Krankheitsproblem auf den Grund zu gehen.

II. Die Körpersäfte als Ursache der Hysterie.

Ungefähr parallel dazu und innig mit den „uterinen Anschauungen" verknüpft, läuft eine zweite Reihe von Erklärungsversuchen, die in etwas allgemeinerer Schau in der Hysterie das Produkt der Einwirkung von bestimmten pathogenen Körpersäften sehen.

Dazu können wir ja, und damit schließen wir uns an die „erste Reihe" an, auch das Menstruationsblut, die Samenflüssigkeit, den Fluor albus und den „scharfen Uterusschleim" rechnen, wenn wir uns vorerst lokal beschränken wollen. Im engeren Sinne aber meine ich mit den Körpersäften (humores) nicht im *Galen*'schen Sinne die eben genannten, sondern Erzeugnisse des Körpers, die im ganzen Organismus ihre krank machende Wirkung entfalten. Also vielleicht, wenn der Vergleich gestattet ist, eher ein Analogon zu der heutigen Hormonlehre mit ihrem allerdings eben ganz eindeutigen Kausalzusammenhang zwischen abnormer Produktion eines bestimmten „Saftes" und einer mehr oder weniger deutlich umschriebenen Krankheitseinheit.

Als solche „Humores von hysterogener Wirkung" seien außer dem Blut genannt der *Galen*'sche „fettige Saft", der wohl mit der weiblichen Samenflüssigkeit *Galen*'s identifiziert werden darf. Weiterhin aber treffen wir alle Arten von hypothetischen Erzeugnissen des Körpers, die an den verschiedenen Orten wirksam werden: so den Chylus (*Pitcairn*), ein vom Pankreas und dem Mesenterium gebildetes, in die Bauchhöhle ergossenes Sekret (*Mauriceau, Jean Maria de Lyon, Holerius*); einen im Blut enthaltenen Saft (*Barbeyrac, Chirac* und *Sylva* (1744), *Brisseau*); auf die Nervenfasern einwirkende Säfte (*Cheyne, Chastelain, Blackmore*); durch Gärung im Körper entstehende Säfte (*Langius, Chastelain*); die Lymphe im allgemeinen (*Blackmore*) und endlich in primitiver Vorstellung das Blut als solches (*Highmore*). Lassen Sie mich für jede einzelne Gruppe den Hauptvertreter etwas näher ausführen.

Pitcairn[30]) will die Ursache der Hysterie im Chylus und im Blut sehen, die ungenügend verarbeitet seien und deshalb schlecht zirkulierten in den Gefäßen. Dadurch würden dann die kleinen Arterien des Gehirns komprimiert, sodaß dessen Ernährung mangelhaft werde.

Für die Hysteriefälle bei Frauen im geschlechtsreifen Alter nimmt *Mauriceau*[31]) ohne jegliche Kritik die alte uterine Theorie als Erklärung an. (Er ist der letzte, der noch eine weibliche Samenflüssigkeit mit Entstehung im Ovar annimmt, trotz der damals neuen Entdeckungen *Graaf*'s und *Swammerdam*'s von den Eierstocksfollikeln).

Daneben aber hat *Mauriceau* für alle in die erste Theorie nicht passenden Fälle eine Hypothese eigener Art zur Hand. Bei alten Frauen und Männern mit hysterischen Erscheinungen kam er durch Analogieschluß (abdominelle chirurgische Affektionen bei Hysterie) zur Auffassung, es müsse ein in die Bauchhöhle ausgeschiedener Saft hinter diesen hysterischen Krankheitszeichen stecken. Dieser werde entweder in den Falten des Mesenteriums oder in Pankreas, Milz, Leber und Nieren gebildet, Organen, die wie der Uterus auch vom „8. Nervenpaar" innerviert seien. Von dessen Verzweigungen gehen „durch Sympathie" alle hysterischen Symptome aus.

Eine bei den damals doch schon fortgeschrittenen anatomischen und physiologischen Kenntnissen kaum verständliche Vorstellung.

Barbeyrac beschuldigt einen im Blut enthaltenen Saft von galliger, scharfer Beschaffenheit als die Hysterie erzeugende Substanz. Sie verbreitet sich auf dem Blutwege in der Hirnsubstanz und greift dort die nervösen Zentren an. Dadurch entstehen die klinischen Erscheinungen der Hysterie, die Atemnot, Singultus, Erbrechen, Erstickungsgefühl, Herzklopfen, Kopfweh und Krämpfe. Seiner Erwähnung einer „Gewichtsvermehrung in der Bauchhöhle an der Stelle erhöhter Druckempfindlichkeit" zufolge müssen wir den Ausgangspunkt dieses Saftes in die Nähe des Uterus verlegen.

Ähnliche Gedanken mit demselben Kompromißcharakter äussern die Italiener *Chirac* und *Sylva*, sowie der französische Zeitgenosse *Barbeyrac*'s: *Brisseau*. *Cheyne*[32]) kommt auf Grund einer eingehend dargelegten Physiologie zu einer originellen Auffassung. Auf die Nervenfasern und Blutgefäße wirken besondere Flüssigkeiten. Je nach der quantitativen und qualitativen Art des Einflusses werden die genannten Gewebe zu trocken, zu schwach, versperrt, sodaß ihre Leistungsfähigkeit aufgehoben ist. Aus diesem Unterbruch der Schwingungsfähigkeit der Nerven entstehen bestimmte, in vier Gruppen getrennte Krankheitsbilder. Die pathogenen Humores selbst sind von sehr verschiedener Natur:

---

30) Elementae medicinales physico-mathematicae, im Haag, 1720.
31) Traité des maladies des femmes en couches, 1740.
32) The English Malady, 3 Bände, 1733.

Spasmen, Crampi, Konvulsionen und heftige Muskelkontraktionen scheinen durch harte salinische Flüssigkeiten zu entstehen. Bei Anfällen ist das einwirkende scharfe Agens dampfförmig und kann aus dem Verbrennungsmaterial der Atmung stammen. Alle diese Stoffe sind an den Orten mit der reichlichsten Nerven- und Blutversorgung am aktivsten, also im Verdauungstrakt, in der Hirnhöhle, im Bereich der Wirbelsäule und in den Muskelinterstitien. Auch psychische Symptome (Entmutigung, Niedergeschlagenheit, geistige Trägheit, Schläfrigkeit u. a.) führt *Cheyne* auf die Wirksamkeit dieser Säfte (in Drüsen, Kapillaren etc.) zurück.

Ein halbes Jahrhundert früher hatte *Langius* [33]) ähnliche Gedanken geäußert. Er geht von durch Gärungsprozesse entstehenden Dämpfen aus, die im gesamten Körper wirksam werden und eine „Zerrüttung der ganzen Organisation" erzeugen.

Die tierischen Gärungsprodukte können nur in den Nerven, nicht in den Gefäßen zum Hirn aufsteigen, speziell durch den Vagus und den „grand sympathique" („Nervus intercostalis"). Die hysterischen Dämpfe ihrerseits sind erzeugt durch Gärung des 4. Fermentes, des im Uterus die Schutzhülle um das Ei bildenden sogenannten „ferment seminaire". „Am häufigsten steigen die Dämpfe zum Gehirn auf, können aber auch anderswo Störungen anrichten . . . Die Dämpfe sind eine Strömung von einzelnen Partikeln, die durch eine innere, außerhalb der Gefäße entzündete Gärung getrennt sind".

Die hysterische Erkrankung läßt *Lange* entstehen durch Mischung der verdorbenen natürlichen Fermente mit denjenigen der lymphatischen Gefäße (verdorbene Lymphe). Durch eine genügend starke Gärung werden die Salzpartikel in die Höhe getrieben und in Unordnung gebracht und vermögen beim Zusammenstoß mit den „Lebensgeistern" („esprits animaux", ein als Umschreibung der einzelnen vitalen Funktionen in jener Epoche geläufiger „biologischer Begriff"), ein starkes Aufbrausen zu erzeugen und verursachen dadurch Krämpfe an dem Ort der Begegnung. Seine Theorie will auf dem beschriebenen Wege auch das Globusgefühl, den „aufsteigenden Uterus" von *Hippokrates*, das hysterische Asthma, die Palpitationen, das Erstickungsgefühl und die Anfälle (bei Aufsteigen ins Gehirn) erklären.

Für *Blackmore* [34]) liegt der Sitz der Krankheit dort, wo schädliche Säfte durch lymphatische Gefäße oder Nerven erzeugt oder dort, wo sie abgesetzt werden. Durch krankhafte Disposition werden diese von den genannten Organen produzierten Säfte im Körper herumgetrieben und „durchströmen mit großer Geschwindigkeit die membranösen und muskulären Fasern. Dadurch ver-

---

33) Traité des vapeurs, 1689, S. 193 ff.

34) A treatise of the spleen and vapours or hypochondriacal and hysterical affections, 1725.

wirren und beschleunigen sie auch den Blutkreislauf, verursachen Spasmen und Ähnliches, verändern die sämtlichen Körperfunktionen . . .", darunter auch diejenigen des lebenswichtigen Organes, „sodaß der geregelte Gang der Natur unterbrochen und durch Unordnung und Verwirrung ersetzt ist".

Zum Schluß dieses Abschnittes sei *Highmore* erwähnt, der als stark angefochtener Gegner des später (S. 42) zu erwähnenden *Thomas Willis* seine Ansichten über die Hysterie in dem Werk „De passione hysterica et affectione hypochondriaca" (London, 1670) niedergelegt hat.

Die uterinen Theorien schienen ihm nicht mehr haltbar, die zeitgenössischen cerebralen dagegen noch zu wenig fundiert. So kam er auf seine Anschauung von der Hysterie als eine Erkrankung ohne bestimmten Sitz. Dieser Affektion des gesamten Organismus liege eine Veränderung des Blutes zugrunde und zwar im Sinne einer allzu starken Verdünnung. Dadurch würden die verschiedenen Organe sehr leicht durchtränkt, was dann zu Erstickungsgefühl etc. führe. Diese etwas unklaren Gedankengänge legt *Highmore* mit großer Leichtigkeit und Überzeugungskraft dar; so folgert er aus der größeren Häufigkeit der Hysterie bei Frauen auf ein diesen angeborenes „leichteres Blut". Wenn wir so wollen also eine „physikalisch-mechanische" Entstehungsweise der Hysterie; neben den übrigen „biologisch-chemischen" wohl einzig dastehend.

III. Sitz im Nervensystem.

1. Die Hysterie ist im allgemeinen Nervensystem begründet.

Wie wir im ersten Teil gesehen haben, beginnt sich um die Mitte des 17. Jahrhunderts die Anschauung vom nervösen Ursprung der Hysterie langsam durchzusetzen. Sehr langsam allerdings und unter großen Widerständen aus dem alten Lager. Erst von Anfang des 19. Jahrhunderts weg dürfen wir wohl mit einer Majoriät der Verfechter der „Hysteria nervosa" rechnen.

Bevor wir auf die wichtigsten Autoren ausführlicher zu sprechen kommen, seien auch hier (wie bei der „uterinen Theorie") die Namen der hieher gehörigen Gelehrten in chronologischer Reihenfolge genannt. (Die Jahreszahl gibt das Herausgabejahr der 1. Auflage ihres Werkes an).

Sydenham (1680), *Dumoulin* [35]), *Boerhaave* (1725), *Viridet* (1726 [36]), *Robinson* [37]), *Ridley* [38]), *van Swieten* [39]), *De Gor-*

35) Traité du rhumatisme et des vapeurs. Paris, 1720.
36) Dissertation sur les vapeurs qui nous arrivent. Yverdon, 1726.
37) A new system of the spleen vapours. London, 1729.
38) Observationes quaedam medico practicae, Londini, 1738.
39) Commentarii in aphorismos Boerhavii. Lugdini Batavorum, 1745, S. 523 ff.

ter [40]), *Fleming* (1738), *Tissot* (1755), *Fracassini* [41]), *Raulin* (1758), *Sauvages, Pomme, Lorry, Whytt, Allen, Isenflamms, Gardien* (alle ca. 1780), *Brodie* (1837), *Hufeland* (1838), *Lélut* (ca. 1840), *Monneret, Fleury* (1842) [42]), *Copeland* (1844) und *Conolly* (1850), *Gendrin* [43]) (1846), *Forget* (1847), *Sandras* (1851), *Lasègue* (1854) [44]), *Hasse* (1855).

Sydenham [45]) ist der Erste, der den Sitz der Hysterie im Nervensystem in seiner Totalität gesehen hat. Vor ihm hatten schon die später (S. 41 ff.) auszuführenden *Carolus Piso* und *Thomas Willis* Störungen im Gehirn, also im „Nervensystem im engeren Sinn" für die hysterischen Erscheinungen verantwortlich gemacht. Wenn diesen Stimmen zu wenig Beachtung geschenkt wurde, so mag das darauf zurückzuführen sein, daß sie, besonders *Willis*, sich von ihren Gedanken allzu sehr hinreißen ließen und allzu spekulativ anmuteten.

Von *Sydenham*, der immer auf dem empirischen Boden stehen blieb, ging darum in Wirklichkeit doch der erste Einfluß nach der neuen Richtung hin aus. Seine Stärke waren die unbeirrbare Urteilskraft und eine ausgezeichnete Beobachtungsgabe, während der theoretische Ausbau seiner gewonnenen Resultate ihm fern lag. Umso zuverlässiger waren die kurzen Angaben über die Ursachen, die Symptome und die Behandlung der Hysterie in seinen uns in Form von Briefen hinterlassenen Schriften. Und nicht umsonst wird „der englische Hippokrates" heute noch häufig zitiert in der Hysterie-Forschung (vgl. 5, u).

Sydenham führt für seine ganze ärztliche Anschauung die Theorie der „Lebensgeister" (übersetzt nach *Binswanger*) ein und wendet sie auch, nach seiner Ansicht mit besonderem Recht, für die Hysterie an. Diese ist eine Erkrankung des ganzen Nervensystems, und da dieses den anatomischen Apparat für die Lebensgeister darstellt, muß die Hysterie eine Unordnung unter diesen Lebensgeistern sein. Und diese ihrerseits erklärt er aus einer Veränderung der Körperteile, von denen die Lebensgeister erzeugt werden (darauf führt er die Kachexie vieler Hysterischer zurück). Kurz zusammengefaßt, also eine nervöse Störung mit Umstellung der gesamten Funktionen, bedingt durch eine Störung des allgemeinen Körperhaushalts. Morphologisch liegt dieser Alteration eine Verarmung des Organismus an Flüssigkeit und entsprechende Schwäche der Nerven zugrunde, woraus sich eine verlangsamte Zirkulation und mangelhafte Sekretion und Exkretion ergeben.

40) Praxis medicae systema, Hardervici, 1750.
41) Opuscula pathologica, tract. sec., Veronae, 1756.
42) Compendium de médecine, art. hystérie, Paris, 1842.
43) Bull. de l'acad., 10 août 1846.
44) Toux hystérique, arch. gén. de méd., 1854.
45) Opera medica, dissertatio epistolaris ad. B. Coole, Genovae, 1680, S. 448.

Aus seinen Briefen seien folgende Stellen wörtlich zitiert [übersetzt aus *Cesbron* (12)]: „Es gibt wirklich wenige Frauen, die von der Hysterie als häufigster chronischer Krankheit verschont sind, mit Ausnahme derjenigen, die an ein hartes und arbeitsreiches Leben gewöhnt sind, und selbst bei den Männern sind viele, die sich dem Studium hingeben und ein „Stubenhockerleben" führen, derselben Krankheit unterworfen" (Paragr. 726).

„Die äußeren Gelegenheitsursachen dieser Krankheit sind Erschütterungen des Körpers und noch viel häufiger eingreifende seelische Erregungen, hervorgerufen durch plötzlichen Zorn, Kummer, Furcht oder irgendeine andere Leidenschaft. Auch wenn die Frauen mich wegen irgendeiner Krankheit konsultieren, deren Natur mir unbestimmt ist, frage ich sie, ob das Leiden, worüber sie sich beklagen, sie nicht hauptsächlich dann befällt, wenn sie Kummer haben . . . Wenn sie ja sagen, bin ich voll überzeugt, daß ihre Krankheit eine hysterische ist" (Paragr. 745).

Die eigentliche Ursache der Hysterie finden wir in folgenden Sätzen angegeben: „. . . . es scheint mir, daß sie von einer Unordnung oder der unregelmäßigen Bewegung der Lebensgeister herrührt, die durch ihr stürmisches Verhalten und ihre allzu große Menge in dieser oder jener Gegend dort Krämpfe oder sogar Schmerz erzeugen und die Funktionen der Organe stören". (Paragr. 746).

Jene Unordnung ist verschuldet „durch ihre allzu große Schwäche, entweder natürlicher oder erworbener Art. Die Geister sind mehr oder weniger fähig, in Unordnung zu geraten, je nachdem das Temperament der Betreffenden mehr oder weniger schwach ist . . .". Darauf begründet sich nach *Sydenham* die häufigere Erkrankung der Frauen. Die Säfte des Körpers spielen höchstens eine sekundäre, von den Lebensgeistern abhängige Rolle: „Man muß gestehen, daß die Unordnung der Geister eine Anhäufung von verdorbenen Säften begünstigt . . . Aus dieser Ursache leite ich die beträchtlichen Kachexien und den Gewichtsverlust ab". (Paragr. 759).

Aus seiner Symptomatologie will ich einige Stellen anführen, um das Wort *Sydenham*'s: „Diese Krankheit ist ein Proteus, die ungeheuer mannigfaltige Formen annimmt, ein Chamäleon, das unaufhörlich seine Farbe wechselt", verständlich zu machen. Bei Befallenwerden des Gehirns entstehen die Apoplexie und die Anfälle (Paragr. 728), oft entstehen schreckliche, der Epilepsie ähnliche Krämpfe mit Schreien, Aufblähen und ungeheurer Kraftentwicklung (Paragr. 729), die *Sydenham* aus einer Anhäufung der Lebensgeister im Bauch und ihrem Angreifen der Muskeln von Larynx und Pharynx erklärt (Paragr. 748). Auch hysterischer Kopfschmerz (französisch: clou hystérique), Palpitationen, Erbrechen (Paragr. 750), nierenkolikähnliche Schmerzen (Paragr. 734), Eingeweideschmerzen (Paragr. 737), Poly-Hyposthenurie sowie psy-

chische Symptome sind Folgen von ungeregelter Tätigkeit der Lebensgeister, alles Symptome, die *Sydenham* mit treffenden Beispielen aus seiner Praxis belegt.

So treffen wir hier, gepaart mit glänzender praktischer Begabung, eine vollkommen einheitliche Kausalität aller pathologischen Erscheinungen der Hysterie.

Boerhaave [46]), der große holländische Systematiker und Kliniker, wendet die mechanischen und hydraulischen Gesetze der Physik auch auf die Hysterie an. So entsteht diese durch Absperrung und Stauung der schlechten Säfte, die dadurch auf die abdominellen Nerven wirken: „Man kann nicht leugnen, daß die verdorbenen, im Uterus oder seinen Gefäßen angesammelten Säfte durch Reizung dieser Nerven große Leiden zu verursachen vermögen. Da man indessen keinen Ausfluß aus dem Uterus hat und nichts für eine Entzündung, eine Ulzeration, einen Szirrhus oder eine andere örtliche Infektion spricht, und weil ein seelisches Leiden diese Menge von Symptomen verursacht, so ist es klar, daß die Gebärmutter nicht für die einzige und ausreichende Ursache des hysterischen Leidens gehalten werden kann, vielmehr beweisen alle Symptome, daß in den Nerven, die sich in den Eingeweiden verteilen, diese ungeordneten Bewegungen entstehen, die dann das Gehirn stören und Krämpfe erzeugen".

Diese Theorie fand weiterhin Anklang, zumal da *Boerhaave* ein auf allen Gebieten bahnbrechender Arzt war, wenn auch die Verallgemeinerung seiner Hypothesen oft zu etwas seltsam anmutenden Erklärungen führte. So entsteht die „hysterische Kugel" durch Einführung von Luft in den Magen und in die Därme vom Oesophagus aus, und die darauf folgende Verdünnung der Gase und Elastizität der Wandung erzeugen die Spannungsgefühle, worauf dann Entweichen von Gas durch Mund und Anus zu beobachten ist. Das Globusgefühl kommt auf dieselbe Weise durch Zurückhaltung der Luft weiter oben im Verdauungskanal zustande".

Tissot [47]) greift die Anschauungen von *Sydenham* und *Pomme* (s. unten S. 34) auf und sieht als Substrat für die Hysterie „une rupture d'équilibre dans les nerfs" an, die durch die Lebensgeister hervorgerufen wird, und: „c'est leur mobilité et leur irritabilité (des nerfs) qui provoquent la crise hystérique. . .". Die Lebensgeister ihrerseits sind eng in das Gefüge des Organismus verflochten: „Les esprits animaux doivent avoir aussi un état relatif aux organes qui les filtrent ou au sang qui les fournit, ils seront, comme tous les fluides ou trop ou trop peu abondants relativement aux vaisseaux qui les contiennent, trop épais, trop visqueux ou trop tenus, et c'est un très grand défaut, ils seront en même temps

46) Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis, Lydae, 1725.
47) Traité des nerfs et de leurs maladies, Paris, 1755.

trop insipidens ou trop âcres . . .". Aus ihrer Umstellung heraus wächst die Hysterie. Dafür bringt *Tissot* ein Beispiel in Gestalt eines kräftigen Mannes, dessen Körper durch ein entzündliches Fieber und entsprechend verordnete Therapie nach einigen Wochen „weich", dessen Blut „wässerig", dessen Nerven „aus trockenem Pergament zu nassem Pergament" geworden sind.

Die Anschauungen *Pomme's* von der Schrumpfung und Vertrocknung der Nerven als Substrat der Hysterie weist *Tissot*[48]) scharf zurück und glaubt sie „ewigem Vergessen geweiht". An deren Stelle setzt er: „. . . la sensibilité et l'irritabilité, la tension et l'érétisme des genres nerveux, les vices des liquides, les obstructions des différentes viscères du bas-ventre, la suppression des secours périodiques, les pertes rouges trop abondantes et les pertes blanches".

Also neben seiner eigentlichen nervösen Ursache noch die alten Ansichten der genitalen Begründung. Diese Vermengung alter und neuer Anschauungen ist, wie wir gesehen haben, sehr häufig. Unsere Einteilung erscheint vielleicht dadurch etwas allzu gezwungen, wird aber doch den hauptsächlichen Theorien der einzelnen Autoren gerecht. Sie wurde ja auch nur zu systematischen Zwecken gewählt, um die Mannigfaltigkeiten des menschlichen Geistes zu demonstrieren.

Raulin erweist sich in seinem „Traité des affections vaporeuses des deux sexes" (Paris, 1758) als ebenso gewiegter Beobachter wie *Sydenham*. Unter Ablehnung jeder Art von uteriner Herkunft und mit Spott erfüllt gegen die Lehre von den Dämpfen bekennt er sich zur Anschauung, die Hysterie sei eine generalisierte Störung des Organismus, die ausgehen könne von einer Störung der wichtigen Organe, der gesamten Konstitution oder von einer allgemeinen Reizbarkeit und Empfindlichkeit. Die Dämpfe sind für ihn nur Ausdruck einer Störung im Nervensystem ohne jegliche primäre Bedeutung. Auch die Erscheinungen von seiten des Genitaltrakts und der Humores spielen nur eine sekundäre Rolle. Er behält den Namen der „Dampf-Affektionen" bei und versteht darunter „Stauungen, Zuckungen, Krämpfe irgendeines Teils, eines oder mehrerer Eingeweide miteinander oder nacheinander, oder des ganzen Körpers, gefolgt von verschiedenen mehr oder weniger ausgeprägten Symptomen, je nach der Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Unterschiedlichkeit der mechanischen Kräfte der befallenen Teile und entsprechend der Qualität und Quantität ihrer Ursachen" (übersetzt nach *Cesbron* (12)). Als auslösende und begünstigende Momente sieht auch er die Furcht, die Traurigkeit oder die seelische Überraschung an.

---

48) a) Nouvelles classes de maladies, 1731.
b) Pathologia medica, Amsterdam 1768.

Sauvages [49]) teilt die Hysterie der vierten Klasse der „morbi spasmodici seu convulsiones", 4. Gruppe: „clonici universales" zu und hält sie implicite für eine allgemeine Erkrankung. Er nennt sie an einer Stelle: une maladie caractérisée par des accès de convulsions générales ou particulières, internes ou externes, et par une crainte habituelle et démesurée de n'en pas guérir ou de mourir". Und an einem andern Ort: „Die Hysterie ist eine Vereinigung von Symptomen spastischer und vorübergehender Art ohne deutliche Ursache, die plötzlich wechselnd und von einer außerordentlichen Empfindlichkeit und Verzagtheit begleitet sind, welche (ihrerseits) durch die Leidenschaften und alle schwächenden Umstände noch gesteigert werden . . . . . Die unmittelbare Ursache der Hysterie ist ein großer Lebenswille („philantie"), eine ungebremste Liebe zum Leben und zu Vergnügungen, die die geringste Unannehmlichkeit unerträglich macht und empfindlich und reizbar werden läßt".

Je nach der Ätiologie unterscheidet *Sauvages* in seinem dritten Kapitel des erstgenannten Werkes:

1. Hysteria verminosa,
2. Hysteria chlorotica,
3. Hysteria amennorhagia,
4. Hysteria aleucorrhoea,
5. Hysteria emphatica (durch Versperrung der Eingeweide des Unterbauches, von Leber und Milz),
6. Hysteria libidinosa,
7. Hysteria febricosa.

Es sind also vorwiegend körperliche Faktoren, die das Entstehen der Krankheit begünstigen oder auch auslösen. Die psychischen Charakteristica werden zur Rubrizierung noch nicht herbeigezogen, obwohl sie *Sauvages* stark imponieren.

Wie *Tissot* ist auch *Pomme* ein praktischer Arzt, von *Sydenham* stark beeinflußt [50]). Er identifiziert auch noch, wie *Sydenham* und viele vor ihm, Hysterie und Hypochondrie, die er für Spielarten derselben Krankheit bei Frau und Mann hält und führt beide auf eine schrumpfende Austrocknung der Nerven durch die „esprits animaux" zurück, die sie einer ausgetrockneten Membran und einem feuchten, gedörrten Stück Pergament ähnlich macht.

„J'apelle affection vaporeuse cette affection générale ou particulière de genre nerveux qui en produit l'irritabilité et le racornissement". Ätiologisch begründet *Pomme* die Hysterie folgendermaßen: „Der Spasmus, die Beweglichkeit und Eintrocknung der Nerven sind die naheliegende und unmittelbare Ursache dieser

---

49) a) Nouvelles classes de maladies, 1731.
b) Pathologia medica, Amsterdam, 1768.

50) Maladies nerveuses, vulgairement appelées maux de nerfs, Paris, 1768. Traité des affections vaporeuses, Paris, 1763

Affektionen und die einzige zu bekämpfende Sache bei dieser Krankheit. Der Uterus hat nicht höhere Bedeutung, als die Samenstränge beim Mann und wird, wie die übrigen Eingeweide des Unterbauches, durch die Schrumpfung und den ungeordneten Lauf der „esprit animaux" in seiner Funktion häufig gestört im Sinne einer Reizbarkeit und exzessiven Empfindlichkeit des nervösen Gewebes. Alle der Macht der Nerven unterstellten Teile sind folglich auch derselben Erschütterung (der nervösen Funktionen) unterworfen. Überall wird man Spasmen, Erethismus und Schrumpfung treffen, und allerorts wird man die verängstigten Geister und ihre ungeordnete Bewegung finden, weil die Nerven als deren Leitsubstrat durch Verflüchtigung eingetrocknet (étherisé) sind".

Diese leicht verständlichen Ansichten wurden nie wissenschaftliches Allgemeingut, aber gerade deswegen bei den Laien sehr populär trotz ihres etwas spekulativen Charakters, durch den sich *Pomme*, sonst auch ein sehr geschickter Beobachter, von *Sydenham* unterscheidet.

Lorry [51]) erweitert die Ideen *Sydenham*'s und hält die „mélancholie nerveuse" (Hysterie und Hypochondrie) für humoraler Natur, verursacht durch die schwarze Galle und die Versperrung von Nerven: „Es genügt eine Vermehrung der Spannung im Gewebe der Nerven und der nervösen intracraniellen Substanz, um den natürlichen Empfindlichkeitsgrad sowie das Kontraktionsvermögen zu steigern". Übrigens ist *Lorry* der erste, der den später so umstrittenen ovariellen Druckschmerz angibt.

Whytt, der uns ein beachtenswertes Werk hinterließ [52]), hat Mühe, von den alten Theorien loszukommen und eine nervöse Krankheit als solche anzuerkennen, da ja die Nerven im ganzen Körper verstreut vorkommen. Die Hysterie ist für ihn aber doch eine Erkrankung des gesamten Körpers, unabhängig von jeder Affektion des Uterus, dem man früher eine viel zu weitgehende Beeinflussung des Organismus zugeschrieben habe. Denn die pathologische Anatomie hat nur zu häufig eine gesunde Gebärmutter entdeckt in Fällen von Hysterie. „Die hysterischen Erscheinungen kommen eben so oft von den Affektionen und Leiden der Seele und einer Störung im Magen-Darmkanal, wie von einer Störung der Gebärmutter".

So errichtet *Whytt* eine halb nervöse, halb humorale Theorie, und die für Hysterie prädisponierenden Ursachen sind [53]):

„1. eine Feinheit und allzu große Empfindlichkeit des ganzen Nervensystems;

---

51) De melancholia et de morbis melancholicis, Paris, 1766.

52) Traité des maladies nerveuses hypochondriaques ou hystériques, Paris, 1767.

53) Kap. 3, Par. 32.

2. eine außerordentliche Schwäche, ein widernatürliches Gefühl in irgend einem oder in mehreren Organen.

Die allgemeinen Gelegenheitsursachen (Kap. 4, Par. 53):

1. eine krankmachende, im Blut enthaltene Substanz;
2. ein Stoff, der sonst gewöhnlich vom Körper ausgeschieden wird und dessen Eliminierung wegen Zurückhaltung weniger reichlich ist;
3. zu geringes Blutquantum oder Blut, das zu wenig dick und viskös ist.

Man könnte von vielen Beobachtungen berichten, um zu zeigen, daß die hysterischen und hypochondrischen Leiden häufig durch eine unvollkommene, im ganzen Körper verbreitete Gicht (goutte) begünstigt wird".

Spezielle Gelegenheitsursachen:

1. die Winde im Magen und in den Därmen;
2. die dichten Entzündungsherde oder Schleimbildungen in denselben Organen;
3. die Würmer im Magen-Darmkanal;
4. die qualitativ oder quantitativ minderwertigen Nahrungsmittel;
5. die scirrhösen Verlegungen in den Eingeweiden des Unterbauches;
6. die starken seelischen Affektionen und Leidenschaften.

Brodie [54]) gibt uns wenige Definitionen, dafür umso mehr Beschreibungen einzelner Symptome. Ich habe ihn aber ausgewählt als letzten Vertreter der englischen Forschung vor *Charcot*'s Publikationen: „Bei der Hysterie handelt es sich nicht um den Uterus, sondern um das Nervensystem". Als zweite Schlußfolgerung aus seinen Beobachtungen betont er die Rolle der Suggestion bei der Entstehung der hysterischen Krankheitsfälle. Die hysterische Lähmung beschreibt er sehr gut in ihrem Wesen. „Bei der hysterischen Lähmung sind es nicht die Muskeln, die dem Willen nicht gehorchen, es ist der Wille selbst, der nicht in Kraft tritt". Für die hysterische Koxalgie und alle beobachteten Symptome beschreibt *Brodie* vortrefflich die Differentialdiagnose gegen die entsprechende organische Affektion, wozu ja auch eine intime Kenntnis von dem Wesen einer Krankheit nötig ist. Auch die durch ihn angeregte Therapie mutet ganz neuzeitlich an, indem er bei Ischurie und Anderem die Nichtbeachtung und Ablenkung der Aufmerksamkeit der Patientin empfiehlt.

Seine Anschauung ergibt sich am besten aus folgenden Zitaten: „Die Furcht, Suggestion und unbewußte Simulation sind die dominierenden Faktoren"; und: „Man kann nicht zögern, als Sitz diesen

54) Lectures on local nervous affections, London, 1837.

Symptomen das Nervensystem zuzusprechen. Nichts im Bild der Hysterie berechtigt uns, an die Existenz eines krankmachenden Stoffes oder an eine Strukturveränderung zu glauben, wie wir sie bei den organischen Affektionen finden . . . Man darf vermuten, daß die Struktur des Nervensystems nicht bei allen Leuten dieselbe ist und daß durch seine unvollständige Entwicklung alle hysterischen Affektionen eintreten können. Alle diese Phänomene sind eigentlich der Ausdruck einer mangelhaften psychischen Kraft, und darin liegt der prädominierende Charakter der hysterischen Erkrankung". Dies sind Ansichten, die uns z. T. ganz modern vorkommen, trotzdem sie schon „vor *Charcot*" geäußert wurden.

Hufeland [55], der bekannte Berliner Arzt, läßt die Hysterie von einer Vermehrung der Sensibilität des Nervensystems abhängen. Vor allem ist davon der Verdauungstraktus betroffen, und aus dieser krankhaften Reaktionsweise bilden sich neue „Sympathien" zwischen den verschiedenen Nerven, die sich gegenseitig schwächen und dadurch die Anfälle verursachen. Von *Hufeland* geht, nebenbei gesagt, die jahrelang in Deutschland allgemein gültige Lehre aus, Hysterie sei bei den Frauen dasselbe, was Hypochondrie bei den Männern.

Copeland und *Conolly* [56], die maßgebendsten Bearbeiter der Hysterie in England, betrachten diese Krankheit als Folge einer Unordnung im gesamten oder einem Gebiet des Nervensystems, hervorgerufen durch Reizungen entweder des Uterus, des Gehirns oder der anderen wichtigen Organe des Stoffwechsels. Begründet wird diese Theorie durch folgende Beobachtungen:

1. Die Hysterie wird häufig hervorgerufen durch sittliche Ursachen, die weder direkt noch indirekt einen Einfluß auf den Uterus ausüben;
2. pathologische Funktionen bestimmter Organe können hysterische Störungen im Gefolge haben;
3. in einer bestimmten Anzahl von Hysterie-Fällen ist die Intaktheit der Genitalorgane aufs deutlichste erwiesen worden.

Sandras [57] wagt es, vor *Charcot* schon die wichtigen sogenannten Stigmata (Kugelgefühl, Anästhesie) teilweise zu leugnen und galt deshalb damals in der Hysterie-Forschung noch als Ketzer. Erst *Cesbron* (12) läßt ihm Recht widerfahren durch Anführung einer ganzen Reihe von Stellen aus seinen Werken. Daraus seien einige zitiert: „Die Krankheit . . . . Hysterie ist ein habitueller nervöser Zustand . . . . ". Er nimmt einen zeitlichen Zusammenhang der Hysterie mit der Geschlechtsreife der Frau an, betont aber: „Je crois que la cause prochaine de ce mal réside dans le système nerveux tout entier".

55) Handbuch der praktischen Medizin, 1838, Bd. 1, S. 300.
56) Dictionnary of practical medecine, London, 1844, S. 272.
57) Traité des maladies nerveuses, 1851.

Forget [58]) hält die Hysterie für eine bei Frau und Mann vorkommende Neurose, die auf einer Überempfindlichkeit des gesamten Nervensystems beruht. Als akademischer Lehrer ist er der Antipode des früher (S. 23 ff.) genannten *Landouzy*. Denn für *Forget* braucht es keine Reizung von Seiten der Genitalorgane, sondern es sind verschiedene Ursachen und verschiedene Organe, von denen die Krankheit ihren Ausgangspunkt nehmen kann. Die Hysterie ist eine Krankheitseinheit, so gut wie das Delirium, die Konvulsionen, der typhoide Zustand u. a.

Als deutscher Vertreter sei abschließend noch *Hasse* (1810—1903) erwähnt, der [59]) ebenfalls das gesamte Nervensystem als den Sitz der Hysterie ansieht, da ihm dieses, wie *Brodie*, für die psychischen Phänomene das anatomische Substrat war. So sind ihm auch die hysterischen Lähmungen von eindeutig psychischer Genese. Von ihm gehen wohl z. T. die Theorien der später anzuführenden deutschen Autoren aus (s. 2. Abschnitt).

2. Das Nervensystem der Beckenorgane.

Wenn wir hier nochmals auf das Nervensystem des Uterus zu sprechen kommen in vielleicht etwas allzu pedantisch erscheinender Weise, so geschieht es deshalb, weil für die nachgenannten Forscher nicht der Uterus als Organ der Progenitur mit all seinen „gynäkologischen Störungen", sondern das ihn versorgende, vom Rückenmark ausgehende reichliche Nervensystem im Vordergrund steht. Nicht durch Funktionsstörungen des Uterus entsteht eine Reizung des uterinen Plexus, sondern die Überempfindlichkeit des Nervensystems lokalisiert sich im genitalen Nervensystem und kann sich in Funktionsstörungen des Uterus äußern: also eine Vertauschung von primär und sekundär, von Ursache und Wirkung.

Entsprechend der neuen Formulierung sind es auch durchwegs Ärzte des mittleren 19. Jahrhunderts, die diese Richtung vertreten. Als bekanntere seien genannt *Dubois (d'Amiens)*, *Mérat* und *Barbier d'Amiens* in Frankreich, sowie *Valentiner* in Deutschland.

Dubois d'Amiens [60]) zieht in seiner sehr ausführlichen und erschöpfenden Arbeit aus seinen historischen Studien den folgenden Schluß: Der Uterus ist während der größten Lebensperiode der Frau das dominierende Organ des Körpers. Jede Einwirkung von außen oder innen trifft das Nervensystem und bei der Präponderanz des Uterus zuerst das uterine: „Une simple irritation nerveuse peut suffire pour déterminer la plupart des accidents généraux en raison des connections de l'uterus avec toute l'économie et en

58) Recherches cliniques sur les névroses, Gaz. méd. de Paris, 1847.

59) Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, her. von R. Virchow und C. F. Cannstatt, 1855.

60) Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie, Paris, 1835.

raison de la nature de cette liaison toute spéciale et toute puissante . . . . Là est un grand foyer de sensibilité". Zu jener Reizung gehören auch seelische Erschütterungen; auch mystischen Einflüssen schreibt *Dubois d'Amiens* eine große Bedeutung zu [61]), und zwar hauptsächlich für die Entstehung der Hypochondrie, dem Analogon der Hysterie beim Manne. Der Hysterie liegt auch häufig eine vernachlässigte häusliche Erziehung zugrunde. Auf diese Anschauungen kam *Dubois d'Amiens* offenbar deswegen, weil die uterinen und ovariellen Symptome (wie Globusgefühl, Hyperästhesie) damals allgemein als im Mittelpunkt stehend betrachtet wurden. Jedenfalls wird von den Zeitgenossen das Werk *Dubois d'Amiens* als reines Studierstubenprodukt betrachtet und der von ihm geäußerten Theorie keine weitere Bedeutung als die eines Extrakts aus den damals herrschenden Lehren beigemessen, ein Beweis dafür, wie weit andernorts (vgl. *Brodie*, 1837) die Forschung schon fortgeschritten war.

Nach *Barbier d'Amiens*, einem Zeitgenossen *Landouzy*'s, ist der Sitz der Hysterie ins abdominelle nervöse Gangliensystem, vor allem in den Plexus solaris und die Ganglia semilunaria zu verlegen, die ja im weiteren Sinn auch noch zum uterinen Nervenapparat gehören. Diese Ganglien lassen durch Reizung die typischen Hysterie-Symptome entstehen, die dann später sich generalisieren und auf andere Körperteile (Brust, Kopf, Extremitäten) übergreifen.

Mérat [62]) und *Valentiner* [63]) präzisieren den Ort der peripheren Reizung etwas genauer, schließen sich aber sonst den vorigen an.

3. Rückenmark und Spinalnerven als Sitz der Hysterie.

Sei es das Gehirn oder das Nervensystem des Uterus, die primär betroffen sind bei der Hysterie, immer wird sekundär dann das gesamte Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen. Einzelne, hauptsächlich englische Autoren aber lokalisieren die Hysterie in erster Linie ins Rückenmark und lassen erst sekundär dann übrige Teile des zentralen und peripheren Nervensystems mit betroffen werden.

Die primitivste Ansicht haben vielleicht *Amard* und *Tate:* der unterste Teil des R. M. (im Bereich der Cauda equina) zieht sich zusammen, und dank einem flüchtigen Stoff teilt sie die dadurch gesetzte Reizbarkeit auch den oberen Partien des R. M. und dem Gehirn mit, wodurch dann zu den permanenten hysterischen Erscheinungen noch die Anfälle hinzutreten. *Brown* und später *Brower* nehmen primär eine Reizung der Spinalnerven an;

---

61) „Par ses rêveries extatiques, ses intuitions, ses recherches scrupuleuses d'émotions, en apparence morale mais le plus souvent physique".

62) Rev. méd., Oct. 1844.

63) Die Hysterie und ihre Heilung, Erlangen, 1852.

Ollivier d'Angers bringt die Hysterie in Zusammenhang mit Kongestionen in einem Teil des R. M., *Teale* mit einer Reizung des oberen R. M. (entsprechend Krämpfen und Kontrakturen der oberen Extremität). *Todd* (1834) und mit ihm eine ganze Reihe englischer Ärzte [*Porter* (1835), *Thomas* (1835), *Griffin* (1844) und *Turck* (1845)], sowie in Deutschland *Benedikt*, erblicken den Ursprung der Hysterie in einer Reizung des spinalen Nervensystems in seiner ganzen Ausdehnung.

4. Gehirn.

Damit sind wir am weitesten hinaufgelangt in unserer vergleichenden Zusammenstellung, sowohl was die Topik im menschlichen Körper, als auch was die geschichtliche Entwicklung betrifft.

Dem Stand der anatomischen und physiologischen Forschung des Gehirns entsprechend, kann von den ersten Vertretern dieser Richtung noch keine Lokalisation der von ihnen bearbeiteten Krankheit getroffen werden. Es ist das Cerebrum in seiner Totalität, dessen Veränderung man die Mitwirkung an der Hysterie-Genese zuschreibt.

Im weiteren Verlauf der Hysterie-Forschung traten dann immer deutlicher Versuche auf, eine Differenzierung der hysterischen Phänomene auf bestimmte Teile des großen nervösen Komplexes zu postulieren, in der Art, wie wir sie unten darzustellen versucht haben. Hauptsächlich die organische Neurologie, also die Klinik, hat das Verdienst, durch die Bereicherung der Symptomatologie der cerebralen Affektionen auch der „Lokalisation der Neurosen" zu einem gewaltigen Aufschwung verholfen zu haben. Da dürfen wir wohl sagen, daß der Ehrenplatz in dieser Domäne den Franzosen, vor allem *Charcot* und *Babinski*, gebührt, wenn auch für den letzteren eine gewisse Tragik darin liegt, daß er durch seine Arbeiten auf organischem Gebiet der neuesten, abwegigen Forschungstendenz, die Hysterie als eine „organische Affektion" zu betrachten, den Weg geebnet hat. Bei allem Fleiß aber wären wir in der Kenntnis der „Psychogenie", wie man von der Psychiatrie her grosso modo die Hysterie bezeichnet, ohne das Auftreten der *Encephalitis-Epidemie* niemals so weit fortgeschritten. Sie erst hat uns gewaltige neue Grundlagen geschaffen in Form eindeutiger pathologisch-anatomischer Störungen, die es im Verein mit klinischer Beobachtung ermöglichten, einerseits der Gehirntopik neue physiologische Gesetzmäßigkeiten zuzuordnen und andererseits viele bisher für hysterisch gehaltene Affektionen ins organische Gebiet zu verweisen und dadurch den Psychogeniebegriff bedeutend einzuengen. Dadurch ist das klinische Bild der Hysterie ärmer an interessanten Symptomen geworden, eine Beraubung des mysteriösen Nimbus, die wir den zwei Wendepunkten der neueren Hysterie-Geschichte: *Babinski* und Encephalitis-Epidemie verdanken.

Mit diesem kurzen Überblick haben wir, z. T. als Wiederholung, einen genetischen Querschnitt durch diese interessanteste Etappe der Hysterie-Forschung vorausgeschickt und wollen nun an die „doktrinologische Zusammenstellung" herantreten. Die eventuell nötig werdende genauere Herausstellung des historisch-genetischen Zusammenhangs sei in Form überleitender Zwischenbemerkungen eingefügt, soweit sie nicht im letzten Teil noch zu bringen ist.

a) Das Gehirn im Allgemeinen.

Cesbron zählt in seiner ausgezeichneten Monographie (12) nur 4 Autoren auf, die vor dem 19. Jahrhundert das Gehirn als Sitz der Hysterie annehmen: *Pratis*, *Lepois*, *Willis*, *Schacht*. Dazu kommt von den älteren Autoren noch *Hochstetter* (*Briquet*).

Schon im frühen Mittelalter (ca. 1000 n. Chr.) hat *Pratis* als Gelehrter der arabischen Schule für diese Auffassung seine Stimme erhoben. Sie ist jedoch ungehört verklungen und damit wurden auch seine Schriften nur spärlich übertragen, aus denen aber mit Sicherheit hervorgeht, daß er unter der Bezeichnung „kalte Kephalalgie" die Hysterie gemeint hat. Schon der Name dieses Krankheitsbildes, dessen genau beschriebene Symptome mit denen der klassischen Hysterie übereinstimmen, sagt uns genug über die ihr zugeteilte Lokalisation.

Erst das 17. Jahrhundert beschert der Hysterie-Forschung den Mann, der in seiner Bedeutung für die Hysterie-Geschichte mehr als 200 Jahre später erkannt wird, und hauptsächlich bei *Briquet* (11) die rechte Würdigung findet: *Carolus Piso* (oder *Charles Lepois* bei den Franzosen), der Leibarzt des Herzogs Karl III. von Lothringen und spätere Dekan der Fakultät von Pont-à-Mousson (1563—1633). 1618 erscheinen seine „Selectorum observationum et consiliorum de praeteritis", die aus der klinischen Ähnlichkeit zwischen Epilepsie und Hysterie den Schluß ziehen, auch die Hysterie müsse, da ja die Epilepsie als Krankheit des Gehirns anerkannt sei, ihren Sitz daselbst haben und nicht im Uterus, Magen oder sonstwo im Abdomen: „Symptomata vulgo dicta hysterica ad epilepsiam referuntur. Epilepsia autem ipsa capitis-idiopathica esse demonstratur, non sympathica uteri aut viscerum" (S. 115). Die Pathogenese stellt sich *Piso* so vor: der stark vermehrte Hirnsaft („colluvies serosa juxta nervorum origines congesta") in den Hirnventrikeln komprimiert die Ursprungsstellen der Nerven. Dafür zitiert er mehrere Beispiele und schließt diesen Abschnitt mit den Worten: „Sed eorum omnium solum caput esse parentem idque non per sympathiam, sed per idiopathiam, affectum male eos motus universum concutientes ciere" (S. 122). Durch diese Kompression der Nerven im hinteren Gehirnabschnitt entstehen dann alle die spastischen Symptome, die er mit großer Genauigkeit beschreibt und durch zahlreiche Beispiele belegt: „Quoniam igitur in hysterica suffocatione totum convellitur et

rigescit corpus, principium sane nervorum patiatur necesse est" (S. 122). Diese zwar damals ja ganz neue Hypothese sieht sich aber doch noch veranlaßt, der damaligen Anschauung Kompromisse zu machen in Form des pathogenen Hirnsaftes. Leider bemühte sich *Piso* auch nicht um Beweise für seine Theorie, neben der unerhörten Neuheit ein zweiter Grund dafür, daß die *Piso*'sche Auffassung lange Zeit ohne Beachtung blieb.

Ganz ohne Gehör blieb *Lepois* jedoch nicht. *Hochstetter* [64]) strengt sich an, die cerebrale Herkunft der Hysterie durchzusetzen, und dann ist es vor allem *Thomas Willis* [65]), der seinem Landsmann *Sydenham* in der Hysterie-Forschung an Bedeutung gleich kommt. In lebhafter Entrüstung weist er die in der Wissenschaft übliche Verknüpfung der Hysterie mit dem Uterus und die im Volk gebräuchliche „moralische" Auffassung der Hysterie zurück, ebenso wie den damals schon üblichen Mißbrauch, der mit dem Wort Hysterie bei unsicheren Diagnosen getrieben wurde. An äußeren Ursachen sind seeliche Erregungen, Traurigkeiten und Kummer zu nennen, die nach *Willis* direkt auf das Gehirn einwirken. Die leichteren Fälle sind in ihrer Gesamtheit mit einer Affektion des Gehirns in Zusammenhang zu bringen und manifestieren eine Störung im Nervensystem; die schweren Krankheitsbilder mit Anfällen und abdominellen Störungen dagegen sind durch Beimengungen anderer Natur kompensiert. Diese hängen nur sekundär mit dem Gehirn zusammen, aber nicht als Zentrum eines neuen Symptomenkomplexes, sondern im Sinne einer bei Frauen häufigen Begleiterscheinung. Die Mechanik der hysterischen Störung ist für *Willis* dieselbe wie für *Piso*, nur geht er noch einen Schritt weiter, indem er der plötzlichen Kompression der Hirnflüssigkeit eine lebhafte Tätigkeit der durch Mischung mit fremden Stoffen erregten Lebensgeister zugrunde legt. Nur so lassen sich die Anfälle in ihrem rapiden Auftreten erklären.

Schacht [66]) legt der im Gehirn sich lokalisierenden Hysterie einen ungeregelten Lauf der Tätigkeit der Lebensgeister zugrunde, der sich hauptsächlich in den Nerven oder dem allgemeinen Sensorium äußert im Sinne einer „Melancholie". „Die cerebrale Melancholie oder Hysterie kann die von der schwarzen Galle herrührende Melancholie erzeugen, denn wenn das Blut ölig, salzig und erdbeladen geworden ist, durchwandert sie mit jener die gesamten Lebenszentren, die durch die Änderung ihrer Aktionsweise den Perversionszustand der cerebralen Funktionen komplizieren; aber diese Lebenszentren sind nirgends festgebunden".

---

64) Miscellanea curiosa, 1660.

65) Affectionum quae dicuntur hystericae et hypochondriacae. Pathologia spasmodica, vindicata contra responsionem epistolarem N. Highmore, London, 1670.

66) Institutiones medicae, 1747.

Mit *Georget* [67]) tun wir einen großen Schritt der neueren Zeit entgegen. Keine Spur mehr von mystischer Krankheitsauffassung, auch die Iatrophysik ist gewichen und an deren Stelle ist strenge naturwissenschaftlich-psychologische Betrachtungsweise getreten. Die Arbeiten *Georget*'s sind als Reaktion auf die oben (S. 23 ff.) ausgeführten irrigen Lehren *Louyer-Villermay*'s aufzufassen.

Er kennt die Hysterie als Assistent von der Salpêtrière her und faßt seine Ansichten über deren Wesen folgendermaßen zusammen: „Il est constant que le cerveau est le centre des fonctions morales, intellectuelles, sensoriales et motrices . . . L'affection généralement désignée par les auteurs sous le nom d'hystérie est un état morbide du cerveau, sans fièvre, principalement caractérisée par une suspension ordinairement incomplète de ses fonctions sensorielles, morales et intellectuelles, avec des mouvements convulsifs plus ou moins généraux du système musculaire, lequel revient par accès, dans l'intervalle desquels cet organe n'offre le plus souvent que de légers désordres et quelquefois aucun, avec peu ou point de troubles dans le reste de l'organisme, surtout dans le commencement" (Buch 2, S. 262).

Außer den genannten Funktionen nennt *Georget* an anderer Stelle das Gehirn auch „intermédiaire obligé des grandes actions sympathiques produites dans l'économie", also Formulierungen, die ganz modern anmuten. Für die Entstehung sind in der großen Mehrzahl der Fälle seelische Ursachen lebhafter Art haftbar zu machen, wie vor allem Kummer, oft erneuerte Widerwärtigkeiten, Schrecken u. a.; diese stören sämtliche Funktionen des Gehirns, indem sie eine starke Übererregbarkeit des Nervensystems hervorrufen. Abschließend sei als amüsantes historisches Faktum *Georget*'s Einstellung zur alten uterinen Theorie zitiert: „L'idée de placer le siège de l'histérie dans l'uterus me parait si absurde et si ridicule, que je ne chercherais pas à la combattre, si elle n'était regardée comme une vérité par tous les auteurs modernes qui ont écrit sur l'hystérie, je me contenterais d'une simple exposition des faits comme du meilleur antidote contre l'erreur". Vom psychiatrischen Standpunkt ist es inbezug auf die neueren Arbeiten von *Steck* (73) interessant, *Georget* sagen zu hören: „Nous pensons que la catalepsie et l'hystérie ont le même siège, et que les différences qu'elles présentent ne sont que dans leurs formes".

Foville [68]) sieht in der Hysterie einen Dualismus und will die cerebrale Genese nicht absolut gelten lassen; seine Dialektik äussert er in folgender Fassung: „L'une (sa modification) organique et sans convulsions, se passe dans l'abdomen, l'autre, convulsive, prend le cerveau pour organe de réflexion sur les nerfs et sur les muscles". Eine Funktion des Gehirns sui generis.

---

67) De la physiologie du système nerveux. Recherches sur le siège, la nature et le traitement de l'hysterie, Paris, 1821.

68) Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratique, 1772.

Gérard[69]), *Brachet, Girard*[70]), *Rostau, Andral* und *Voisin*[71]) schließen sich alle mehr oder weniger *Georget* an. *Brachet*[72]), als der von *Briquet* am besten Zensierte, sei genauer ausgeführt. Er definiert die Hysterie folgendermaßen: „Névrose du système nerveux cérébral qui se manifeste plus ou moins brusquement par des crises de convulsions cloniques générales et par la sensation d'un globe ascendant dans le trajet de l'oesophage, à l'extrémité supérieure duquel elle vient se fixer pour y causer une menace de suffocation imminente". Es ist wohl nicht verfehlt, diese Definition als Kombination sämtlicher bis dahin geäußerter Meinungen über das Wesen der Hysterie zu betrachten, zumal da *Brachet* im 1. Teil seiner Monographie eine historische Übersicht aller bisherigen Theorien gibt. Zu diesem Ergebnis glaubt *Brachet* kommen zu müssen, da nur ein ubiquitäres Organsystem im Körper nacheinander, bald da, bald dort so gut umschriebene Erscheinungen hervorzurufen vermöge: das ist das Nervensystem; und für eine primäre Beteiligung des Gehirns spricht die Tatsache, daß psychische Einflüsse die Hauptrolle spielen. Diese werden unter Berufung auf einen Brief von Mme. *de Sévigné* an ihre Tochter und auf das Verhältnis der statistisch festgestellten Prozentzahl der weiblichen zur männlichen Hysterie (100 : 1) im Allgemeinen dahin präzisiert: „. . . . la plupart des maladies des femmes provenaient de ce qu'elles avaient toujours cul sur selle"; die Hauptursache der Hysterie ist also die fortwährend mögliche Beschäftigung der allein zu Hause befindlichen Frau mit sich selbst.

Bleibt uns als kulminierender Vertreter dieser Anschauung noch *Paul Briquet* (11), der uns in seinem Werk von rund 700 Seiten eine umfassende, durch ca. 400 Fälle belegte Abhandlung über die Hysterie hinterlassen hat, die auch heute noch als Standardwerk, besonders in ihren historischen Partien, häufig zitiert wird und auch von mir mehrfach eingesehen worden ist.

Seine Definition der Hysterie lautet: „L'hystérie est une névrose de l'encéphale dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions" (S. 3). Diese Umschreibung kommentiert er mit philosophischen Parallelen vergleichend physiologischer Natur und hält für die Domäne der Hysterie „. . . ces changements particuliers à chaque sensation affective et à chaque passion, qui, dans l'espèce humaine, constitue le champ de l hystérie", nichts anderes als eine gesteigerte oder verdrehte Wiederholung der vitalen Reaktionen des

69) Transactions médicales, Paris, 1832, Bd. 7.

70) Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques, 1841.

71) Des causes morales et physiques des maladies mentales, Paris, 1826.

72) Traité de l'hystérie, Paris, 1847.

Ausdrucks, wie wir sie schon beim Glühwurm sehen. Schließlich entstehen aus diesen ständig wiederholten Gesten aller Art: „. . . . des lésions soit dynamiques, soit matérielles dans les organes, à l'aide desquels elles s opèrent et ajoutent ainsi une nouvelle série d'accidents qui viennent compléter la scène dont se compose l'hystérie" (S. 4).

Übergehen wir die ausführlichen Kapitel über die Ätiologie der Hysterie statistischer Art, über das klinische Bild, Verlauf, Diagnose, Prognose und Behandlung der Krankheit, die nichts Neues bringen gegenüber *Georget*, *Brachet*, *Brodie* u. A.

Diesem letzteren Abschnitt geht der Teil des Buches voraus, in dem *Briquet* seine persönliche Ansicht ausführt und zwar folgendermaßen: Die Ausdrücke Überempfindlichkeit (susceptilité etc.) des Gehirns will er als zu vag besser abgegrenzt wissen; es handelt sich um eine spezielle Überempfindlichkeit einer bestimmten nervösen Partie „consacrée à recevoir les impressions affectives, c. a. d. l'action des causes qui, venues du dehors ou de l'intimité des organes, produisent le plaisir ou la douleur tant physique, tant psychique" (S. 600); dieses „Zentrum" ist von der Intelligenz nicht abhängig und der Lebensaufgabe entsprechend bei der Frau schon angeboren, viel empfindlicher als beim Mann. So wird die Hysterie betrachtet: „comme le produit de la souffrance de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations" (S. 601), was einer „Neurose" dieses Teiles gleich kommt. Bis zu einem gewissen Grade ist die pathologische Reaktion dieser Hirnpartie reversibel, bei längerer und heftigerer Einwirkung durch vorwiegend seelische Erschütterung dagegen nicht mehr, und daraus entsteht dann jene sekundäre Beteiligung der Ausdrucksorgane dieses „Zentrums". Aber nicht diese Organe sind dann der Sitz der Krankheit, sie sind nur der „point de souffrance" (S. 602). Wegen dieser sekundär möglichen Beteiligung aller Organe und Organsysteme, sowie wegen ihrer teilweisen Reversibilität bei fehlendem pathologisch-anatomischen Befund (den *Briquet* S. 601 ausdrücklich hervorhebt) bezeichnet *Briquet* die Hysterie als „eine dynamische Krankheit".

Trotz dieser Supposition eines bestimmten affizierten Hirnteiles habe ich *Briquet* an diese Stelle genommen, da von einer ausdrücklichen Lokalisation dieses „affektiven Zentrums" ja doch nirgends die Rede ist.

b) Die Hysterie mit bestimmter cerebraler Lokalisation.

Mit diesem Kapitel sind wir zur „Neurologie der Hysterie" gelangt. In bestimmter Weise hat sich ja die Neurologie von jeher mit dieser Krankheit befaßt, indem sie die körperlichen und, soweit möglich, auch die psychischen Stigmata unter Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegen die organischen Affektionen dargestellt hat. Eine „Neurologie der Hysterie sensu scrictiori"

dagegen, der Versuch, der Hysterie, analog den organischen Veränderungen, funktionelle Abweichungen bestimmter nervöser Elemente zugrunde zu legen, ist erst jüngeren Datums und darf (75) wohl in *Bumke* ihren theoretischen Begründer sehen. „Funktionell" ist für *Bumke* eine „quantitative Abweichung der Funktion des Nervengewebes, d. h. eine seelische Variante des normalen psychischen Verhaltens", investiert also eine physische und psychische Komponente. Daher muß neben der psychologischen Forschungsrichtung unbedingt eine neurologisch-somatische einhergehen. Es muß „nach der Natur des somatischen Hintergrundes" gefragt werden. Neben *Bumke* ist es vor allem *Bing* (5, g, m, n, p, s), der schon zu Beginn des letzten Dezenniums auf die somatisch-psychischen Zusammenhänge hingewiesen und vor kurzem (5,u) dafür verschiedene Formulierungen gefunden hat, wie: „ . . . formgebende Einflüsse anatomisch-physiologischer Bedingungen"; „ . . . im anatomischen Aufbau und in der physiologischen Organisation unserer Nervenzentren gegebene Verhältnisse, . . . welche für die Gestaltung psychogener Symptome bis zu einem gewissen Grade fertige Schablonen zu liefern vermöchten"; „ . . . muß erkennen, daß des Psychoneurotikers „Flucht in die Krankheit" großenteils auf Wegen erfolgt, die durch anatomische, physiologische und entwicklungsgeschichtliche Marksteine vorgezeichnet sind". Die hysterischen Symptome bilden sich „nach dem strukturell-funktionellen Schema, das den analogen Symptomen organischer Entstehung zugrunde liegt". Und *Bing* ist der Überzeugung, daß „wir niemals die ganze Komplexität der hysterischen Phänomene bei ausschließlich psychologischer Betrachtungsweise zu entwirren vermögen". Mit diesen Worten sind wir näher an das Leib-Seele-Problem gerückt, auf das wir später kurz eingehen werden.

a) Hirnrinde.

Zunächst haben wir uns jedoch mit zwei Theorien aus dem ausgehenden letzten Jahrhundert zu beschäftigen.

Grasset [73]), der gerichtliche Mediziner und Kliniker von Montpellier, führt folgende, reichlich kurios anmutende Auffassung vom Wesen der Hysterie aus, zu der er sich im Verlauf vieler Jahre in verschiedenen Phasen durchgearbeitet hat [siehe die früheren Arbeiten aus den Jahren 1886—1896, in der ausführlichen Bibliographie von *Cesbron* (12)]: von *Janet* herkommend und dessen psychologische Gedankengänge auf die Neurologie übertragend, unterscheidet er eine corticale, eine bulbäre und eine medulläre Hysterie und hält es schließlich für nötig, den klinischen Tatsachen ein anatomisches Substrat zugrunde zu legen:

73) Leçons de clinique médicale, t. 3, p. 128, 1898.

1. Die bewußten, höheren Funktionen bilden den höheren Psychismus („psychisme supérieure“);
2. die automatischen, zu unterbewußten, aber koordinierten spontanen Handlungen der Intelligenz führenden Funktionen, die von den gewöhnlichen Reflexen verschieden sind, setzen den „tieferen Psychismus“ („psychisme inférieur“) oder „höhern Automatismus“ zusammen.

Beide haben ihre Zentren in der Hirnrinde. Der untere Psychismus konstituiert sich aus einem Vieleck, das einerseits die rezeptorischen, sensorischen und anderseits die übertragenden motorischen Zentren in sich schließt: diese beiden sind unter sich durch transcorticale, intrapolygonale Fasern verbunden und dann weiter

1. mit der Peripherie durch das Projektionssystem und
2. mit dem oberen Psychismus durch zentripetale und zentrifugale „voies suspolygonales“, dem Zentrum des persönlichen, bewußten, freien und verantwortlichen Ich (mit dem Buchstaben „O“ bezeichnet) assoziiert.

Die automatischen Handlungen werden bewußt oder nicht, je nach dem, ob „O“ tätig ist oder nicht.

Den Mechanismus bei hysterischen Phänomenen stellt sich *Grasset* als Dissoziation zwischen den beiden Psychismen vor, so z. B. die Anästhesien, Somnambulismus, kataleptische Reaktionen durch Absperrung der Verbindung von „O“ zum Vieleck (unterer Psychismus), d. h. es tritt eine krankhafte Eigenfunktion des unteren Psychismus ein, und diese erzeugt die meisten hysterischen Symptome. Erst durch Erkrankung des oberen Psychismus wird die Hysterie zu einer Geisteskrankheit. Also eine auf psychologischen Begriffen aufgebaute, somatologisch lokalisierende Theorie, die bei der fehlenden Fundierung zwar etwas erkünstelt anmutet, aber doch zu den später auszuführenden „subcorticalen Theorien“ eine gewisse Verwandtschaft zeigt, wenn auch hier die Pathogenese der Hysterie nur in die Gehirnrinde verlegt wird.

Um den Hysteriebegriff *Sollier*'s [74]) kennen zu lernen, zitieren wir am besten seine Definition: „L'hystérie est un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par les manifestations vasomotrices et trophiques viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et suivant ses variations, son degré et la durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques“. Einige Jahre später [75]) präzisiert er diese Formulierung dahin, daß eine Hemmung der Hirnrindenfunktion die hysterischen Symptome in ihrer Mannigfaltigkeit erzeuge: ein Zustand, der

---

74) Genèse et nature de l'hystérie, 2. vol., 1897.
75) Arch. général de méd., 9. oct. 1906; Définition de l'hystérie.

durch verschiedene Einwirkungen (Trauma, seelische Erschütterung, Suggestion) zustande kommen kann und „nichts anderes als einen physiologischen Zustand, eine besondere Reaktionsart der Hirnrinde“ bedeutet. Die von ihm bei den hysterischen Hemianästhesien beobachtete, von *Charcot* entdeckte Bevorzugung der linken Seite führt er auf die Benachteiligung beim Bewußtwerden der dort aufgenommenen Eindrücke zurück; zu der primären kommt dann noch eine sekundäre Beeinträchtigung durch weniger häufigen Gebrauch. Schließlich geht *Sollier* so weit, alle hysterischen Zustände auf eine Sensibilitätsstörung zurückzuführen, die scheinbar aus jener Einschläferung der Hirnrinde entspringt; auf welchem Wege sie wirkt, wird nicht angeführt.

Die pathogene Störung ist nicht anatomischer, sondern physiologischer Natur, sie ist ein „Sperrphänomen“, das sich vorwiegend in den höheren nervösen Zentren der Hirnrinde abspielt.

Ein klinischer Beweis für den Schlafzustand, in dem sich der Cortex befindet, ist ihm die so konstant beobachtete Schlaflosigkeit bei der Hysterie, eine auf den sonstigen Überfluß an Schlaf zurückzuführende Erscheinung.

Wie bei *Grasset*, so finden wir auch hier Anklänge an die neueren Anschauungen, nach denen die Hysterie eine Enthemmungserscheinung ist und in ihrem ganzen Gepräge nur auf anatomisch und physiologisch vorgebildete Mechanismen zurückgeführt werden kann. Eine Andeutung in Richtung dieser letztgenannten Meinung, auf die auch *Bing* (5,u) wieder zurückkommt, finden wir in der Schlußfolgerung *Sollier*'s über die Genese der hysterischen Hemianästhesien. Damit möchten wir nicht sagen, daß hier der Ausgangspunkt der modernen neurologischen Hysterieauffassung liege, sondern nur feststellen, daß nach dieser Richtung hin tendierende Gedanken schon um die Jahrhundertwende vereinzelt geäußert wurden, die, damals als ketzerisch verschrien, heute in ihrem Prinzip gar nicht mehr fremdartig anmuten, wenn auch die Vorstellungen im einzelnen etwas befremdlich erscheinen müssen. (Dagegen möchte ich nicht glauben, daß die Geschichte der Hysterie nach weiteren 40 Jahren auf dieselbe Annäherung zwischen der in ihrer extremen Haltung für unmöglich taxierten „rumänischen Hysteriedeutung“ und der heutigen offiziellen Lehrmeinung von der Psychogenie zurückblicken kann, wie wir es heute gegenüber den Anschauungen von *Grasset* und *Sollier* bis zu einem gewissen Grade zu tun vermögen.)

Schon bevor die Ähnlichkeit gewisser hysterischer Krankheitsbilder mit organischen encephalitischen Störungen zu einer Revision des Psychogeniebegriffes zu führen begann, wurden auf Grund andersartiger Analogien, auf die später auch *Schilder* (67) aufmerksam machte, von *Sahli* (26) bestimmte Vorstellungen über die Entstehung der hysterischen Symptome entwickelt. Es ist ihm dringendes Bedürfnis, in der ungeheuer verwickelten Lehre von der Hysterie einige Klarheit zu schaffen, und er trägt seinem Postu-

lat, von den pathogenetischen Grundlagen auszugehen, weitgehend Rechnung, indem er solide hirnanatomische Vorstellungen dem ganzen komplexen Krankheitsbild voranstellt. Eine Lokalisation der hysterischen Erscheinungen steht ihm a priori außer Frage, trotz des sogenannten funktionellen Charakters der Krankheit, und die psychologische Erklärung wird nach seiner Ansicht gar nicht allen Symptomen gerecht. Seine Auffassung soll eine Synthese von somatischer und psychologischer Erklärung ermöglichen:

Die Störung bei der Hysterie liegt im Interzentralsystem (üblicherweise Assoziationssystem genannt), also jenen der Hirnoberfläche parallel, meist innerhalb des grauen Cortex verlaufenden Faserzellnetzen, die nicht direkt, sondern erst mittels des Projektionssystems (zentrifugale und -petale Bahnen) mit der Peripherie verbunden sind. Dieses System birgt die ganze Komplexität der seelischen wie der körperlichen Assoziationsvorgänge in sich. Die hysterischen Erscheinungen leiten sich ab von denjenigen „funktionellen (wohl kolloidal bedingten) lokalisierten pathologischen Erregbarkeitsänderungen des Interzentralsystems, welche sich körperlich auswirken". Es sind also funktionelle Herdläsionen, die sich in Reizzuständen oder „Lähmungen" äußern. Ein hysterisches Symptom ist für *Sahli* „ein körperliches Symptom von funktioneller interzentraler Genese", eine auch im exklusiven Sinn gültige Definition. (Vom körperlichen Bild geht *Sahli* aus zur leichteren Vorstellbarkeit und um dem ursprünglich neurologischen Hysteriebegriff treu zu bleiben.)

Der Beweis für diese Anschauung ist in den organischen, materiellen Schädigungen und ihren klinischen Bildern zu suchen, wie sie seit langem als Apraxien (Aphasie, Astasie-Abasie u. a.) und Agnosien bekannt sind. Diese sind „anatomisch stabilisierte hysteroide Symptomenkomplexe", sie haben ihre „funktionellen Doppelgänger". So wird eine totale hysterische Lähmung als vollständige Unterbrechung sämtlicher Verbindungen zwischen Interzentral- und motorischem Projektions-System erklärt. Für hysterische Bilder, die aus der organischen Semiologie noch nicht bekannt sind, prophezeit *Sahli* die baldige Auffindung analoger Erscheinungen durch anatomische Läsion. Alle diese körperlichen Symptome können nur als solche oder (wohl infolge tiefergreifender Alteration) in Kombination mit entsprechenden psychischen Störungen verlaufen, wodurch das gesamte klinische Bild der Hysterie einer Deutung zugeführt wäre. Denn die körperlichen und geistigen Engramme und Assoziationen berühren sich im Interzentralsystem und können gemeinsam oder isoliert geschädigt werden. Die Mitaffektion der psychischen Komponente kennzeichnet sich durch das subjektive Bewußtwerden der entsprechenden Störung. Die Bedeutung der Suggestion ist für *Sahli* in einer starken Plastizität des Interzentralsystems begründet. Die letzte Stütze für seine Theorie sieht *Sahli* darin, daß auch bei anatomischen Erkrankungen hysterieähnliche Erscheinungen vorkommen, die z. B. bei multipler

Sklerose nicht als Komplikation, sondern als Mitfolge der Läsion zu bewerten sind. Auch eine rein „anatomische Hysterie“ ist für *Sahli* kein Ding der Unmöglichkeit vom rein theoretischen Standpunkt aus. Er behauptet, auch therapeutische Erfolge gehabt zu haben durch „Beeinflussung des Interzentralsystems“. Als Bezeichnung für die Hysterie schlägt *Sahli* „Schizoneurose“ oder „Interzentralneurose“ vor, da es sich um eine Unordnung und Spaltung im Interzentralsystem handle.

Diese Anschauungen werden im Sinne unserer obigen Ausführungen von der anatomischen Vorbildung psychischer Mechanismen auch von psychiatrischer Seite (71) akzeptiert, in ihrer Ausdehnung auf das psychische Gebiet dagegen abgelehnt (68).

Von anderen Äußerungen zu dieser Frage, deren Autoren wir im nächsten Kapitel z. T. wieder antreffen werden (S. 70 ff.), seien hier noch *Zingerle* (85) genannt, der bei Stirnhirnerkrankung verschiedene Automatosen beobachtet hat, was eventuell als analoge Erscheinung im Sinne *Sahli*'s, aber auch im unten ausgeführten Sinn gedeutet werden kann. Auch die von *Alice Hässig* (30) beschriebene hysterisch-traumatische Kontraktur ließe sich in dieser Weise erklären. Übrigens hat auch schon *Pitres* die hysterischen Anfälle denjenigen bei der Jackson'schen Epilepsie an die Seite gestellt.

In den Bereich des Großhirns können wir auch die von *Pawlow* (52) anhand der Kriegsneurosen hieher übertragenen Anschauungen rechnen. Sie sind von *Delmas* in seiner neuen Arbeit (15) aufgenommen und ausgebaut worden. Auch *Kroll* [76]) führt die Ansichten *Pawlow*'s aus, die wir kurz ungefähr dahin wiedergeben können: anstelle der von *Babinski* und seiner Schule aufgestellten Erklärungen der permanenten hysterischen Symptome durch Simulation setzt *Pawlow* seine erweiterte Lehre von den bedingten Reflexen. Ausgehend von Experimenten an Hunden, bei denen er „durch Provokation von Konflikten zwischen Hemmungs- und Erregungszuständen im Großhirn“ (*Bing*, 5, u) Neurosen erzeugt hatte, stellt er die pathologisch-physiologische Hypothese auf, daß diesen sich hinziehenden hysterischen Erscheinungen „une véritable organisation . . . à la manière d'un réflexe conditionel qui se fixe au bout d'une série de répétitions“ (15) in den nervösen Massen des Großhirns zugrunde liege. *Pawlow* äußert sich folgendermaßen zur Erklärung dieser protrahierten Fälle: „Les centres émotionnels fortement chargés determinent dans l'écorce affaiblie une induction négative, c. a. d. l'arrêt de toutes les autres tendances et représentations, qui, normalement, auraient pu combattre la maladie“. Diese Induktion ist hauptsächlich durch die Koinzidenz der Symptome und den Wunsch nach dadurch erreichter weiterer Sicherheit (vor Kriegsgefahr) bedingt. Zur Erklärung *Babinski*'s fügt *Pawlow* hinzu: „La conception ne tient pas compte

76) Die neuropathologischen Syndrome, Springer, Berlin, 1929.

de la force souvent énorme et de l'action continue d'une émotion donnée, force et action qui ne peuvent pas être entièrement expliquées par la suggestion". Diese negative Induktion oder Hemmung der Hirnrinde ist nach *Pawlow* so zu verstehen, daß: „. . si . . une tendance quelconque vient à s'éveiller sous la forme d'une forte charge, elle provoque immédiatement autour d'elle une induction négative (inhibition) qui irradie plus ou moins" (15), wodurch die „absence de contrôle, l'impulsivité, l'émotivité des hystériques et la possibilité de manifestation qui traduisent certaines activités automatiques souscorticales" erklärt sind. *Delmas-Marsalet* definiert in seiner Zusammenfassung auf Grund der *Pawlow*'schen Konzeption den Pithiatismus (= Hysterie, eine Prägung *Babinski*'s): „Le pithiatisme n'est que le cas, sans doute dominant, d'une propriété pathologique du cerveau de certains sujets de réaliser par le mode des réflexes conditionnels des états d'inhibition plus ou moins durables avec libération de modes d'activité qui ressemblent à ceux de la volonté parce-qu'ils utilisent, comme celle-ci, des méchanismes cérébraux préformés ou acquis". Auch betont er die Bedeutung der reflektorischen Vorgänge überhaupt für die Funktion der Statik, des Gehens und des Gleichgewichts und weist, an Hand der Beobachtungen am dezerebrierten Tier, auf die Rolle hin, die diesen Reflexautomatismen bei der Genese (extrapyramidaler) organischer Affektionen zukommt: *Delmas* erweitert also die Anschauungen *Pawlow*'s und macht sie von dieser Basis aus plausibel.

Hier wäre auch *Schilder*, einer der eifrigsten Schüler *Freud*'s, zu nennen, der von allen psychoanalytisch orientierten Autoren für somatisch-psychische Zusammenhänge das beste Verständnis zeigt. Er betont (67) einerseits die Unmöglichkeit, die hysterischen Affektionen im Zentralnervensystem irgendwo zu lokalisieren — am nächstliegenden sei eine Beteiligung des Cortex und seiner Projektionsbahnen —, macht aber andererseits auf die engen Zusammenhänge zwischen Psyche und extrapyramidalem Nervensystem aufmerksam; implicite also auch eine Anerkennung der fundamentalen Bedeutung der corticalen Funktionen für die Hysterie-Genese. Auf die Art dieser Zusammenhänge kommen wir an anderer Stelle zurück, möchten aber schon jetzt betonen, daß *Schilder*, den neuen Ergebnissen zufolge, für Antriebsstörungen aller Art (organische und psychische) die fronto-parietalen Abschnitte des Cortex mit verantwortlich macht.

In ähnlicher Weise, wie *Schilder*, gehen *Erdelyi*[77]) und *Jakob*[78]) den Indizien einer Störung des gesamten Gleichgewichts zwischen corticalen und subcorticalen Funktionen nach (*Bing*, 5. u).

C. und O. Vogt (79) lehnen unter Berufung auf die auch durch sie selbst immer weiter geförderte Kenntnis der Funktionen der

77) Wiener Archiv für innere Medizin, 1928, Bd. 10, S. 31.
78) Die extrapyramidalen Erkrankungen, Springer, Berlin, 1923.

Stammganglien eine weitere Bemühung um eine Zurückführung der Hysterie auf corticale Störungen zu Gunsten der subcorticalen Forschung völlig ab, gehen aber darin wohl doch zu weit, da die Beziehungen Cortex—Subcortex, wie wir unten sehen werden, auf dem Gebiet der Neurosen immer mehr in den Vordergrund neurologischer Betrachtungsweise gerückt sind.

Ebenfalls mit der Funktion der Hirnrinde bei hysterischen Störungen beschäftigen sich *Wimmer* (83), sowie *Papastratigakis* [79]), indem sie sich fragen, ob nicht „die Anzeichen einer Insuffizienz des höchsten corticalen Überbaues" und zwar diesmal im Bereich der „Empfindungssphäre" (5,u) dabei vorhanden seien und für diese Erscheinungen verantwortlich gemacht werden könnten. D. h. in dem Sinne, daß psychische, in jener Sphäre alterierte Vorgänge auf die subcorticalen Zentren der Affekte zu einer abnormen Gestaltung motorischer Äußerung führten, ähnlich wie bei den beschriebenen (hysteriformen) Anfällen bei chronischer Encephalitis (82) die hemmenden und erregenden Impulse des Cortex modifiziert werden.

Mit welch komplizierten Verhältnissen wir es bei der Fragestellung funktionell (hysterisch)-organisch zu tun haben, sei gerade hier aufgezeigt.

Es ergibt sich dies zur Genüge aus einer Arbeit *Guttmann*'s (25). Darin unterscheidet dieser verschiedene Möglichkeiten von „Pseudohysterie", nämlich

1. organische Symptome hysterischen Gepräges,
2. Syndrome, „bei denen gewisse psychische Zeichen dem Krankheitsbild eine hysterische Färbung geben" (ein Nebeneinander organischer und hysterischer Erscheinungen),
3. Hervorrufen oder Modifikation von hysterischer Reaktionsbereitschaft durch organische Veränderungen.

Zum 2. Fall (2 a) verweist *Guttmann* auf die Feststellungen *Goldstein*'s, wonach bei materiellen Schädigungen der Gehirnsubstanz gar nicht immer „systematisch das gesamte Material auf irgend einem Gebiete vernichtet wird", nein: die Leistungen werden nur in ganz bestimmtem Umfang und unter ganz bestimmten Bedingungen in einem bestimmten Maß geschädigt: das „Alles- oder Nichts"-Gesetz findet also hier keine Anwendung. Dies wird am hysteroiden Verhalten von „organisch Agnostischen" und anderen dargelegt.

Eine weitere Möglichkeit (2 b) hysterischer Trübung eines organischen Syndroms kommt durch „Überlagerung", d. h. „diejenige Tatsache, daß organische Veränderungen für das Zustandekommen bestimmter hysterischer Reaktionen verantwortlich werden", zustande. Es können z. B. nach *Bürger*, *Pötzl* u. A. minimale, objektiv und subjektiv nicht wahrnehmbare Störungen organischer Na-

79) Encéphale, 1928, vol. 23, p. 116.

tur zu groben hysterischen Erscheinungen führen, indem „die organischen Veränderungen in die *Psycho*genese der Störungen eingehen“ (*Pötzl*) nach Art der durch Experimente festgestellten Mycelen, die nachher in das Traumleben der Untersuchten übergingen und sich in entsprechenden hysterischen Symptomen äusserten (*Pötzl*). *Pötzl* nennt dies eine „Konversion unbewußter, d. h. nur in Wahrnehmungskeimen gegebener organischer Symptome“.

Guttmann erweitert diese genetischen Mutmaßungen auf das somatische Gebiet, was uns hier nicht interessiert, sieht dann aber weitere Überlagerungsmodi bewußter Art in der „psychoreaktiven Überkompensation im Sinn der (*Adler*'schen) Individualpsychologie“ und drittens in einer „anthropomorphistischen Erklärung“: „Die hysterische Reaktion bedient sich der labilsten zur Verfügung stehenden Systeme“ zu ihrer Manifestation; eine a priori „plausible Erklärung“, die *Guttmann* aber gegenüber stichhaltigen Argumenten nicht halten zu können glaubt.

Was die dritte, oben herausgestellte Möglichkeit anbelangt, so ist hier die *Goldstein*'sche „Katastrophenreaktion“ als bekanntestes Beispiel heranzuziehen, wo durch organischen Schaden irgendwelcher Art das Individuum gegenüber psychischen Insulten eigener und fremder Provenienz schutzlos wird und eben durch das Fehlen dieser Schutzreaktion eine hysterische Reaktionsbereitschaft entsteht.

Diese hier beliebig eingefügten, zwar hauptsächlich differentialdiagnostisch wichtigen Erwägungen sollten dartun, wieviele Probleme auf diesem Grenzgebiet noch der Lösung bedürfen, und wie heuristisch die in der neueren Hysterieforschung geübte Trennung von Cortex und Subcortex in Wirklichkeit ist. Diesbezüglich hebt übrigens auch *Guttmann* den von der subcorticalen Region auf die Hirnrinde ausgeübten Einfluß hervor, sodaß wir anstatt der schematisch gezogenen Trennungslinie eine von Tausenden von Nervenfasern dargestellte Wechselbeziehung zwischen beiden vor uns haben.

β) „Subcortex“.

aa) Extrapyramidales System.

Um die späteren Ausführungen, Parallelen zwischen extrapyramidalen und hysterischen Störungen zu verstehen, müssen wir an dieser Stelle auf die Anatomie und Physiologie, Pathologie und Klinik des extrapyramidalen Systems etwas eingehen.

Zu diesem Apparat werden gerechnet das Striatum, das Pallidum, Substantia nigra, Nucleus ruber, Corpus subthalamicum Luys, Hypothalamus sowie Thalamus und Nucleus dentatus.

Das Corpus striatum (Nucleus caudatus + Putamen) enthält zwei verschiedene Arten von Nervenzellen:

1. kleine, dicht stehende, deren Achsenzylinder im Striatum enden und die ihre Impulse aus den vorderen medioventralen Abschnitten des Thalamus und aus dem Hypothalamus erhalten;
2. große, vereinzelte Zellen, welche die eben genannten Impulse dem Pallidum zuleiten.

Das Pallidum ist mannigfach durch deutlich nachweisbare Fasern mit allen übrigen grauen Massen des Hirnstammes und der Rinde verbunden (79), die wichtigsten sind die zum Corpus Luysii, zum Nucleus ruber und zur Substantia nigra führenden Fasersysteme.

Kurz zusammengefaßt (3, a): dieses System wirkt „regulierend auf das Koordinationssystem des Mittelhirns und Hirnstammes und seine cerebellaren Verstärkungen. Es sichert die tonischen, statischen und kinetischen Funktionen dieser Zentren und reguliert die vegetativ-hypothalamischen Zentren. Es ist ein Teil der Willensbahn, auf der corticale Impulse dem motorischen Vorderhorn zugeleitet werden und ist ferner ein afferentes Organ des Thalamus, ein Zentrum für die Ausdrucksbewegung, für Schutz-, Schmerz und Schreckreflexe, für Orientierungs- und Einstellungsbewegungen, für automatische Haltungs- und Stellungsveränderungen und Hilfsbewegungen, für zwangsmäßige Synergien, Gemeinschaftsbewegungen des Sitzens, Stehens und Gehens, Kauens und Schluckens und der Sprache". Damit sind wohl alle in unser Gebiet einschlägigen Funktionen berührt.

Diese können durch histologisch und lokalisatorisch verschiedenartige anatomische Prozesse gestört werden und zwar durch nekrotische, sklerotische, degenerative, zellularatrophische Vorgänge unspezifischer (vergl. S. 60) Art (*Bing;* 5, p). Diese Schädigungen führen pathologisch-physiologisch zu den Bildern von Tonusstörungen und Bewegungsstörungen, die sich entsprechend der obigen Aufzählung in der mannigfachsten Weise kombinieren können, in der Hauptsache aber zu folgenden klinischen Bildern:

1. Chorea
2. Athetose

} Hyperkinese bei Hypotonie;

3. *Parkinson*'sches Syndrom: akinetische Hypertonie.

Diese Bilder sind z. T. als solche in mehr oder weniger reiner Form wie auch im Verein mit anderweitigen Störungen bei der Encephalitis lethargica vorhanden.

Da wir nachher die mannigfachsten Bewegungs- und Tonusstörungen im Gefolge der Schlafkrankheit anführen werden, sei es hier gestattet, schematisch die 3 Formen aufzuzählen, die nach ihrem Verlauf schon *von Economo*, ihr Entdecker, beschrieben hat:

1. Die somnolent-ophthalmoplegische Form,
2. die hyperkinetische Form und
3. die amyostatisch-akinetische Form, Krankheitsbilder, die durch die pathologisch-anatomische Prädilektion in umschriebenen Territorien des Zentralnervensystems bedingt sind.

aa) Die Klinik postencephalitischer, hysterieähnlicher Krankheitsbilder.

Fast größere Bedeutung als die akute Encephalitis-Epidemie aus den Jahren 1915—1925, mit Höhepunkt im Jahre 1918 (wenigstens ihrer zeitlichen Ausdehnung nach), haben die Zustände, die nach Abklingen der akuten Affektion in weitaus den meisten Fällen zurückbleiben. Es existiert darüber eine ungeheure Literatur, zu der auch Basler Autoren (*Bing* und seine Schüler *Schwartz, Kelterborn, Rohner* u. *Hässig; Rud. Staehelin* u. *Iselin* (s. 5, g, h, i, m, o, p, t; 72; 38; 58;30) viele namhafte Beiträge erbracht haben. Für uns kann es sich nur darum handeln, die in der Literatur als psychogen erwogenen Fälle kurz anzuführen, um dann an Hand dieser Beispiele die Auffassung der betr. Autoren von der Genese dieser Störungen wiederzugeben, und die Analogieschlüsse auf die Entstehung funktioneller Zustandsbilder möglichst eingehend zur Darstellung zu bringen. Eine systematische Gruppierung soll soweit wie möglich durchgeführt werden, gleiche pathologisch-physiologische Auffassungen sind summarisch wiedergegeben.

Wir folgen der oben angedeueteten groben Einteilung in Bewegungs- und Tonusstörungen und führen sie unter Angaben der eingesehenen neueren Literatur in schematischer Anordnung aus:

A. Bewegungsstörungen:

I. Hyperkinesien (38; 35; 5, a; 42).

1. *Im Gebiet des Nervus trigeminus:*
   a) Kaumuskelspasmen,
   b) rhythmische Kaumuskelbewegungen,
   c) rhythmische Kaubewegungen + Zungen-Gaumensegelbewegungen,
   d) Masseter, Lippe, Zunge,
   e) klonische Masseterkontraktionen (40).
2. *Im Facialisgebiet:*
   a) Facialistic (5, f, n, p; 40; 81; 74),
   b) Zuckungen der rechten Gesichtshälfte + rhythmische Extremitätenbewegungen nach rechts,
   c) rhythmische Gesichts- und Kaumuskelbewegungen,
   d) Tic des Facialis + Atemstörung,
   e) Grimassen + Blinzeltics,
   f) Blinzelkrämpfe,
   g) Rümpfen der Nase und Hochziehen der Oberlippe (5, p),
   h) Ticartige Zuckungen beider Ohrmuscheln.
3. *Im Hypoglossusgebiet:*
   a) Zungenbewegungen,
   b) Vorstülpung der Zunge,
   c) Lippenlecken (5, n),
   d) Tremor der Zunge.

4. *Im Bereich des Halses* (N. VII, XI, XII + Rr. ant. der obersten Spinalnerven).
   a) Opisthotonus (9),
   b) Torticollis (spastica) (80),
   c) Paroxysmaler Retrocollis (5, p),
   d) Isolierter Halsmuskelkrampf,
   e) Bewegungen verschiedener einzelner Halsmuskeln,
   f) (anfallsweise) Kopfbewegungen (z. T. Nicken, z. T. seitlich) (58),
   g) Schulterheben ein- und beidseitig: (5, m, p).
5. *Im Gebiet des Rumpfes* [Nn. cervicales, Nn. intercostales, Rr. post. der Nn. spinales, Nn. thoracales (außer 4 a—c)]:
   a) Torsionsdystonie (5, l; 35; 29),
   b) Torsionsspasmus (35),
   c) Hemiballismus (Dreh- und Wälzbewegungen).
6. *Extremitätenmuskulatur:*
   a) Obere Extremität:
      aa) anfallsweise Pro- und Supination, Flexion und Extension des Vorderarms (5, f),
      bb) Flexion und Pronation des Vorderarms, Dorsalflexion der Hand, Heben der Schulter (10, b),
      gg) Bewegungen der rechten oberen Extremität (Adduktion + Elevation).
   b) Untere Extremität:
      aa) Flexion des Unterschenkels (5, m),
      bb) Flexionsspasmus im Ober- und Unterschenkel.
   c) Kombination a + b:
      aa) Zuckungen in Armen und Beinen,
      bb) unwillkürliche Bewegungen der oberen und unteren Extremität,
      gg) automatische Bewegungen der oberen und unteren Extremität,
      dd) Tremor vorwiegend der oberen Extremität (Intensions- und Schütteltremor).
7. *Respirationshyperkinesien (68):*
   a) Rhythmusveränderungen:
      aa) Dyspnoeanfälle (tic respiratoire),
      bb) anfallsweises Cheyne-Stokes'sches Atmen (10, b),
      gg) Tachypnoe (allein und mit Asthma-, Schrei- und Brüllanfällen kombiniert),
      dd) Intermittierende Dyspnoe.
   b) Typusveränderungen und reflektorische Atemmechanismen:
      aa) Polypnoe (allein und mit Rhythmusstörungen),
      bb) Husten und Erstickungsanfälle,
      gg) Gähnkrämpfe,

dd) Schnaubtic (tic de balancement),
ee) Seufzen, Mund aufsperren; Schreien, Brüllen, Schnüffeln, Spucken (5, f).

8. *Hyperkinesien im Gebiet der Augenmuskeln:*
   a) Ablenkung nach vertikal (Bulbus allein und mit Lid zusammen);
   b) Verdrehen der Augen nach oben (okulogyre Krisen);
   c) Vertikaler Blickkrampf + Rückwärtsbewegung des Kopfes mit und ohne Lidschluß;
   d) Ablenkung (Schauanfall) nach oben, rechts, links und kombiniert (18; 54);
   e) Zwangsschauen (19);
   f) Déviation conjuguée von Kopf und Augen nach verschiedenen Richtungen (72, 43);
   g) Spasmen im Lidheber und Stirnmuskel;
   h) Tremor der Lider.
9. *Zwangsantriebe allgemeiner Natur* (61):
   a) Akathisie (5, h);
   b) Handlungs- } beschleunigung (24, b);
   c) Sprech- }
   d) Koprolalie (64; 5, h).

II. (Komplexe) Dyskinesien:

1. Choreatische } Bewegungsstörungen (5, m; 64);
2. Athetotische }
3. Palilalie und Logolalie;
4. Mikrographie, } (5, h);
5. Kinesia paradoxa }
6. Pro- und Retropulsion (31);
7. Koordinationsstörungen anderer Art [Adiadochokinese, Brachykinese (5, f)];
8. Syndrom von: Torticollis spastica, Krämpfe der Rückenmuskulatur, Schulterblattbewegungen, spastische Mundöffnung, Krämpfe der Extremitäten, Augenmuskelkrämpfe (22);
9. Symptomenkomplex von: intermittierender, beidseitiger Blepharospasmus, Stirnrunzeln, Tics der oberen und unteren Extremitäten, Schlürf-, Schnalz-, Zisch- und Saugtics (24, b).

III. Hypokinesien:

1. *Verminderung der Bewegung* (31):
   a) der Mitbewegungen,
   b) verminderte Bewegungsexkursionen,
   c) der Hilfsbewegungen,
   d) der Reaktionsbewegungen (Schutz-, Flucht-, Schreck- und Abwehrreflexe),
   e) der Ausdrucksbewegungen (Mimik),

2. Intentionsschwäche,
3. Verlangsamung des Ablaufs (Bradykinese),
4. Paresen leichter Art (24, b),
5. Muskelschwäche (5, f).

B. Tonusstörungen:

I. Tonussteigerung (31):

1. Hypertonie oder Rigidität (Erhöhung des permanenten Tonus) (47);
2. Rigor (vermehrter passiver Dehnungswiderstand);
3. Kataleptische Haltungs- und Stellungsanomalien (73);
4. Störung der antagonistischen Innervation („reciprokal innervation", *Sherrington*): (5, i).

II. Tonusverminderung (Hypotonie).

C. Sensible und sensorische Störungen:

1. Hyperästhesien und Reizerscheinungen (Cephalaea) (5, f),
2. Parästhesien (72),
3. An- und Hypästhesien und sensorische Ausfälle (konzentrische Gesichtsfeldeinengung, „Röhrensehen" (5, u).

D. Vegetative Störungen (31):

1. Sympathicus-Tonuserhöhung (27)
2. Vagus-Tonuserhöhung

} Veränderung der Lidspaltweite, Exophthalmus, vasomotorische u. sekretorische Störungen (Sialorrhoe, Salbengesicht, Akrozyanose),

3. Stoffwechselstörungen (Diabetes insipidus, Dystrophia adiposogenitalis);
4. Schlafstörungen (+/—; 63);
5. Trophische Störungen (vgl. 77); [80])
6. Störungen im Wärmehaushalt (27; 5, c).

E. Psychische Störungen (5, c; 31):

1. Pseudoneurasthenie (Affektlabilität, Müdigkeit, Reizbarkeit, Unruhe, Entschlußunfähigkeit, Kopfschmerzen);
2. Bradyphrenie (*Naville*);
3. Seelischer Torpor;
4. Pseudo-Psychopathie Jugendlicher (Charakteränderung nach folgender Richtung hin: Übermaß an Bewegungsantrieb, Unbändigkeit, ungehöriges Benehmen, Schamlosigkeit, Sucht zum Lügen usw., alles gegen bessere Einsicht).

---

80) *Schlittler, Emil:* Über trophische, postencephalitische Geschwürsbildung der äußern Nase und Wange, Schw. Med. Wochenschr., 1929, 1121.

Diese Übersicht über klinische Symptome bei extrapyramidalen Affektionen — wir hatten hier besonders die postencephalitischen als reichstes Syndrom im Auge — gilt, in Form von Ausschnitten betrachtet, auch für bestimmte Krankheitsbegriffe, wie die *Parkinson*'sche und die *Wilson*'sche Krankheit (67) oder die beiden Choreaformen, wo wir allerdings teilweise anderweitige Mitbeteiligung haben. Wir mußten diese mannigfaltigen Aspekte — zum größten Teil als Folgen von anatomischen Läsionen erwiesene „Striatum"-Schädigungen — so ausführlich bringen, um zu zeigen, wie leicht unter solchen Umständen eine Verwechslung mit funktionellen Erscheinungen heute noch sein kann, und daß sicher in früheren Zeiten unzähligen Fällen solcher „hysterischen Stigmata" organische Läsionen zugrunde lagen. Um diese Ähnlichkeit auch von der anderen Seite her zu beleuchten, werden wir im 3. Kapitel dieses Teils eine gleichfalls schematische Darstellung der neurologischen Phänomene der *Hysterie* bringen.

ββ) Die pathologische Physiologie der extrapyramidalen motorischen Störungen.

Jetzt möchten wir kurz sehen, von welcher pathologisch-physiologischen Erklärung diese so uneinheitlich erscheinenden, extrapyramidalen motorischen Störungen verstanden werden können. Mit dem Verständnis dieser organisch bedingten Affektionen ist dann — via psychische Störungen beim Postencephalitker . . ! — auch das Band geknüpft zur sich anbahnenden neuen Auffassung der Hysterie.

Wir können vorausschicken, daß diese Erklärung hier ziemlich einheitlich ist und kaum mehr als terminologische Differenzen aufweist.

1. Die funktionellen Zusammenhänge der verschiedenen Ganglien in der Umgebung der inneren Kapsel sind die folgenden (5, m, n, p; 38, 58, 79): im Pallidum einerseits und im Nucleus caudatus + Putamen andererseits haben wir zwei funktionell ganz verschiedenwertige graue Massen vor uns. Das Erstere, als phylo- und ontogenetisch älteres Zentrum auch Palaeostriatum genannt, reguliert, vom Thalamus nach Art eines „Akkumulators" (*Bing*) geladen, sämtliche automatischen und komplexen Bewegungsmechanismen. In dieser Tätigkeit wird es vom Putamino — Caudatum, das, weil es entwicklungsgeschichtlich jünger ist, auch als Neostriatum bezeichnet wird — im Sinne einer Hemmung überwacht; d. h. ohne das Eingreifen dieser Nervenzellen würde eine „schrankenlose Eigenfunktion" des Pallidums resultieren, die eine Steigerung und Irregularität sämtlicher Bewegungen zur Folge hätte. Oder, um ein anderes anschauliches Bild von *Lewy* (22) zu brauchen: im Striatum haben wir eine Schaltzentrale vor uns, in der die Modelle oder Schablonen für die mannigfachen Bewegungskoordinationen aufbewahrt werden. Im Neostriatum finden

sich die Schaltzellen, die, wie die Oktavenkuppler, gleichzeitig eine ganze Reihe zusammen gehöriger Pallidumtasten anschlagen.

2. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um sehr verschiedene Prozesse, die in diesen fein abgestuften Apparat störend eingreifen können. Sämtliche Arten von, allgemein pathologisch betrachtet, alterierenden Zellschädigungen können hier schädigend einwirken (vgl. oben S. 54); als historisch interessanter Fall sei hier eine bei Facialistic von *Anton* im Jahre 1893 beschriebene apoplektische Cyste im ventrooralen Teil des Kopfes des Nucleus caudatus erwähnt, worauf der Tic dann schon 1896 von *Anton* als Enthemmungserscheinung zu deuten versucht wurde. Lokalisatorisch handelt es sich immer um Veränderungen im Striatum. Aus umschriebenen Befunden unter Berücksichtigung bestimmt lokalisierter klinischer Symptome eine „Topographie innerhalb des Corpus striatum" zu postulieren, wie *Mingazzini* (45), *Vogt* (79), *Jakob, Milles, Spiller* und *von Santa* (s. 5. u) es versucht haben, ist wohl noch zu wenig fundiert. Immerhin hält *Bing* (5, g, u) dafür, daß ein partielles Erhaltenbleiben der großen Pallidumzellen und eine relativ eng begrenzte Zerstörung als Vorbedingungen pathologisch-anatomischer Art angenommen werden müssen für das Zustandekommen der so variablen Krankheitserscheinungen.

3. Aus der Physiologie und pathologischen Anatomie ergibt sich die zwangsmäßige theoretische Begründung dieser komplexen Funktionsstörungen: es muß sich um Enthemmungsphänomene handeln, bei denen durch Außerfunktionsetzen des Neostriatum die pallidären Einflüsse maßgebend werden. *C.* und *O. Vogt* (79) vergleichen diese Vorgänge mit denjenigen bei einer Läsion des Cortex: der Reflexsteigerung entspricht das Autonomwerden der Pallidumimpulse in Form der Hyperkinesien, der Lähmung entsprechend fällt aber auch die Anregung von seiten des Striatum weg, sodaß es zur (teilweisen) Akinese kommt. (Eine Anschauung, die heute aber auf Pallidumläsion und Autonomwerden subpallidärer (cerebellarer) Mechanismen zurückgeführt wird.) Jene Hyperkinesien sind jedenfalls sämtliche „substriärer Natur" (*Vogt*), wobei eine nähere Differenzierung für unsere Ziele nicht nötig und oft auch unmöglich ist. Die Rhythmizität der Hyperkinesien ist lokalisatorisch nicht zu begründen, darf aber jedenfalls als „Ausdruck des Wiederaufwachens eines primitiven Bewegungsmodus, der im Palläostriatum lokalisiert ist", aber normalerweise durch die jüngeren Hirnteile gebremst ist (*Bing;* 5, u), angesehen und mit dem Bild der „Akkumulatortätigkeit" des Pallidums als eines gut vorstellbaren Vorgangs plausibel verglichen werden. Diesen striären Zentren ist dann der Cortex seinerseits wieder „dämpfend, hemmend, regulierend oder auch auslösend übergelagert" (*Rohner*); haben doch neuere Arbeiten ergeben, daß die Stammganglien nur mittelbar auf die extrapyramidale Motilität einwirken (5, c). Es liefern ihnen noch Zentren höherer Ordnung, die vielleicht in den „stummen Zonen" der Großhirnrinde gelegen sind, einen Überbau.

Andererseits haben neuere Arbeiten (*Kuré, Okinaka, Kawaguzi* und *Shiba*) spinale Zellgruppen beschrieben, die ein eigenes Bahnsystem in die peripheren motorischen Anteile entsenden, das die Erregungen vom extrapyramidalen Rückenmarksanteil an die Erfolgsorgane weiterleite. So ist jedenfalls auch pathologisch-physiologisch daran festzuhalten, daß es sich bei allen diesen Hyperkinesien nie um pyramidale Reizsymptome, sondern um Enthemmungserscheinungen innerhalb dieses ubiquitären Extrapyridiums handelt. Auch wenn wir unter Benützung des *Leuy*'schen Bildes (s. oben) mit *Gamper* und *Untersteiner* (22) in den extrapyramidalen Störungen das Produkt falscher Schaltungen — auf sensiblen Reiz hin nicht adaequate Bewegung! — bei schadhaftem „Schaltkomplex" erblicken, so läßt sich dieser Vergleich mit dem *Bing*'schen als Autonomwerden bestimmter Kupplungsstellen sehr gut in Einklang bringen. Diese Auffassung, die neben den früheren Autoren (*Bing, S. A. K. Wilson, C.* u. *O. Vogt, Sougues, Goldstein*) auch in der neueren Literatur (*Radovici, Marinesco, Draganesco, Papastratigakis, van Bogaert, Boström, Falkiewicz, Rothfeld, Gamper, Untersteiner, Gerstmann, Schilder, Imbert, Kelterborn, Kühne, Hirsch, Meggendorfer, Mingazzini, Mourgue, Popowa, Rohner, Runge, Schmid, Steck, Wartenberg, Wimmer* u. A.) ungeteiltes Einverständnis findet, mußte dargelegt werden, bevor wir an die per analogiam gefolgerten Theorien über die Entstehung der Hysterie selbst herantreten konnten.

γγ) Die Hysterie im Licht der extrapyramidalen Pathologie.

1. Weshalb wurden die extrapyramidalen Affektionen für hysterisch (psychogen) gehalten?

Dafür liegen verschiedene Gründe (1.—6.) vor:

1. Die beiden pathologischen Zustände manifestieren sich klinisch in weitgehend analoger Weise, und zwar sowohl, indem striäre Symptome hysterisch anmuten, als auch umgekehrt, indem psychogene Erscheinungen typische Kennzeichen von Stammganglienläsionen aufweisen.

Auf die erste Möglichkeit eingehend, darf ich auf die Zusammenstellung der klinischen Aspekte bei Striatumaffektionen (siehe oben S. 55 ff.) hinweisen und möchte als Gegenstück hier einen kurzen Abriß des klinischen Bildes der Hysterie (von heute) einschalten, wie es sich von neurologischer Betrachtung (5, c) aus ergibt. Die besonders in Frage stehenden Abschnitte sind etwas ausführlicher gehalten; auf die psychologische Seite der Hysterielehre komme ich im letzten Abschnitt (S. 130 ff.) zu sprechen.

I. Dauersymptome (Stigmata hysterica):

I. Dauersymptome (Stigmata hysterica):

a) Reizsymptome: Schmerzen im Rücken, Kopf; Clavus hystericus; Topalgien („Ovarie", hysterogene und hyste-

rophrenatorische Zonen); Arthralgien; Psychalgien; Akinesia algera; Haphalgesien.

b) Ausfallserscheinungen: Hyp- und Anästhesien (Haut- und Schleimhäute) in halbseitiger, zirkulärer und insulärer Ausbildung; Gesichtsfeldeinengung (konz.), Dyschromatopsie, Amblyopie, Blindheit, mononucleäre Polyopie; Geschmacksänderungen bis zur Ageusie; Anosmie; Schwerhörigkeit.

2. Vasomotorische Symptome (abgesehen von neurotischer Superposition):
Fehlende Blutung im Gebiet von Anästhesien („Hexenzeichen"), Ödeme (oedème bleu), Pemphigus, Fieber. Palpitationen, Tachycardie.

3. Motorische Symptome:
Tremor; Chorea major; Chorea electrica (*Bergeron*); lokale Krämpfe und Tics; Tachypnoe, Polypnoe, Rülpsen, Gähnen, Nießen, Singultus, Lach- und Weinanfälle; Hemispasmus glossolabialis (+ evtl. Leverospasmus); Schluckkrämpfe, Trismus, Torticollis, Stottern, Beschäftigungskrämpfe (beim Schreiben etc.), Torsionsspasmus (*Ziehen*).

II. Hysterische Anfälle:

Großer Anfall: Aura, epileptiformes Stadium, Klownismus, Attitudes passionelles, terminales Delirium.

Kleine Attacken: Epileptiforme, kataleptische u. a., auch Schreikrämpfe, Respirationskrämpfe mit tachypnoischen Anfällen und Husten, Schlafwandeln („Vorbeireden").

III. Hysterische Lähmungen:

meist schlaff, von verschiedenartigem Typus (Hemiplegie usw.), unter stetem Erhaltenbleiben der Reflexe. Durch Kombination mit Zittern die „pseudospastische Parese mit Tremor", Astasie-Abasie, Aphonie und Mutismus, Ptosis.

IV. Hysterische Kontrakturen:

überall lokalisiert (Zunge, Augenmuskeln, Hals, Rumpf, Extremitäten), im Krieg oft als Kamptokormie (Bauchmuskeln und Rückenbeuger) beobachtet, evtl. kombiniert mit Lähmung.

Wenn wir uns diese verschiedenen Gruppen von Störungen topographisch etc. näher vorstellen, so ergibt sich, daß die Ähnlichkeit mit den extrapyramidalen motorischen Störungen sehr groß sein kann.

Seit der genaueren Eruierung der extrapyramidalen Semiologie sind aber auch umgekehrt einwandfreie hysterische Symptome von „subcorticalem Aussehen" beschrieben worden. So von *Gerstmann* und *Schilder* (24, a) ein Patient mit Stupor

und Mutismus bei choreatischen Störungen und ein zweiter Fall von schlaffer Apathie. Eine Tatsache, die differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereitet, aber auch die theoretische Annäherung beider Arten von Krankheiten sehr begreiflich erscheinen läßt.

2. Eine weitere Analogie zwischen Psychogenie und postencephalitischen Zustandsbildern besteht im Fehlen der Kardinalsymptome der „Pyramidalpathologie", wie wir sie als Reflexveränderungen (hauptsächlich Steigerung und Auftreten pathologischer Reflexe kommen in Betracht), Muskelatrophie mit Kontraktur und gestörter elektrischer Erregbarkeit kennen.

3. Bei beiden Zuständen ist eine weitgehend parallel verlaufende psychische Beeinflußbarkeit der Symptome nachzuweisen, also eine Zugänglichkeit gegenüber suggestiven Einflüssen und gutes Gelingen imitatorischer Versuche. Für diese Tatsache finden wir an zahlreichen Stellen der neueren Literatur Belege (66; 35; 55; 5, h; 38 u. a.). Für die organischen Störungen möchte sie *Meggendorfer* (44) auf eine besondere, kurzzeitige Konzentrierung der Hirnrinde auf eine eng umschriebene Aufgabe zurückführen.

4. In konsequentem Zusammenhang damit steht die Tatsache, daß uns auch bei den striären Störungen vielfach von einem Heilungserfolg nach irgendeiner Form von (direkter oder indirekter) Suggestionstherapie berichtet wird, und wir dieses Resultat von gewisser Seite (55) sogar als Kriterium für die funktionelle Natur der betreffenden organischen Schädigung aufgetischt bekommen. *Bing* (5, n, u) weist demgegenüber auf die Irrtümlichkeit dieser Auffassung hin unter Berufung auf die psychotherapeutischen Erfolge bei *Pott*'scher Krankheit, bei multipler Sklerose, ja sogar bei der Ataxie des Tabikers, und betont, wie *Babinski* (4, a, b), daß allein die völlige Heilung ein Kriterium für die psychogene Herkunft einer Affektion ist.

5. Eine trügerische, gemeinsame Tatsache stellt auch die Kombination körperlicher und psychischer Symptome dar, indem gewisse psycho-physische Parallelismen, wie sie besonders *Naville* [81]) beschrieben hat, zur Vortäuschung eines psychogenen Symptomenkomplexes führen können. Interessante Fälle ähnlicher Art berichten uns auch *van Bogaert* (9) und *Schilder* (66).

6. Schließlich macht *Bing* (5, p) auf die anamnestische Beobachtung aufmerksam, daß bei Patienten mit striärem Syndrom häufig eine neuro-pathologische erbliche Belastung festzustellen ist. Eine der Psychogenieforschung ja schon lange bekannte Tatsache.

---

81) Arch. de psychol., 1924, vol. 5, no. 73, p. 38.

Alle diese „Gemeinsamkeiten“ sind als solche auf richtigen Einzelergebnissen aufgebaut, halten aber einer tiefergehenden Prüfung auf Grund von exakten Kenntnissen nicht stand. Einer Entkräftung dieser „Pseudo-Analoga“ können wir uns entschlagen, da sie nicht auf unserer Linie liegt. Dagegen sei ganz kurz noch auf einige Punkte hingewiesen, die auch ohne weit ausholende Bearbeitung eines Falles eine Differenzierung zwischen Hysterie und Striatumaffektion meistens leicht zulassen. Deutliche postencephalitische Fälle zeichnen sich immer durch das Fehlen folgender, für die Psychogenie typischer Erscheinungen aus:

1. Kein Vorhandensein von „psychischen Antecedenzien“,
2. keine weiteren hysterischen Stigmata,

} *Bing* (5, p),

3. keine definitive Heilung durch Gegensuggestion,
4. kein amyostatischer Symptomenkomplex, d. h. nicht diese charakteristische Kombination von Bewegungs- und Tonusstörung (35).

Kasuistisch läßt sich feststellen (5, m), daß betreffs

1. Pathogenese,
2. Prognose (5, g),
3. Häufigkeit der Suicide bei Postencephalitikern und Hysterischen eine deutliche Diskrepanz besteht. (Der Hysterische ist seelisch zu kraftlos für eine solche aufs Ganze gehende Entscheidung, wie sie der Selbstmord bedeutet.) Diese Unterschiede hätten, wenn sie beachtet worden wären, schon früher und ohne Hilfe der Encephalitis-Folgen, eine Unterscheidung gewisser Fälle von der Hysterie ermöglicht und zeigen immerhin, daß bei aller Ähnlichkeit doch nicht zu übersehende Verschiedenheiten zwischen Psychogenie und „Postencephalitis“ vorhanden sind.

2. Die von der Striatum-Pathologie ausgehenden Erklärungsversuche für die Hysterie.

Allgemeine Bemerkungen: Wenn wir auf das bisher Erreichte zurückblicken, so haben wir zwei wichtige Ergebnisse für unser jetziges Thema heranzuziehen:

1. die Erklärung extrapyramidaler Hyperkinesien als subcortikaler Enthemmungserscheinungen infolge materieller nervöser Schädigung einzelner Stammganglienpartien.

2. die aus den beiden Zusammenstellungen sich ergebende, weitgehende klinische Identität der striären und hysterischen Zustandsbilder.

Von diesen Grundlagen ausgehend, verstehen wir die Bestrebungen der neueren Literatur über die Psychogenie, die Anschauungen sowohl über ihr Wesen wie über die klinische Zuteilung einzelner Symptome einer Revision zu unterziehen. Allen voran

ist es *Bing* gewesen, der sich schon frühzeitig (5.a, f), später wiederholt (5, m, n, p, s) und erst kürzlich wieder (5, u), z. T. auch in Arbeiten seiner Schüler (58; 38) intensiv darum bemüht hat. Mit *Meige* zusammen beruft er sich im Sinne *Strümpell*'s darauf, daß eine so auffallende Gleichheit der hysterischen Manifestationen durch alle Zeiten und alle Länder ohne eine physio-pathologische Grundlage nicht zu erklären ist. Schon *Raimann* [82]) hat auf die Bedeutung hingewiesen, die den subcorticalen Regionen in der Hysteriefrage noch zukommen könnte, indem hysterische Mechanismen als feststehende Formeln in der Gehirnveränderung vorgebildet seien [zit. nach *Gerstmann* und *Schilder* (39, a)]. Auch *Lewandowsky* (27), *Strümpell* (74) u. A. erwähnen die klinische Ähnlichkeit von damals ihrem Wesen nach noch unbekannten Störungen (wie Tics, Beschäftigungsautomatosen, choreiformen Zuständen usw.) mit hysterischen Affektionen. *Vogt* (79) will für die Erforschung sämtlicher nervöser Krankheiten keiner anderen Methode als derjenigen exakter pathologisch-anatomischer Hirnlokalisation Lebensberechtigung zuerkennen und weist darauf hin, daß gar nicht immer die phylogenetisch jüngsten Gebilde primär zu erkranken brauchen. So ist es verständlich, wenn *Bing* (5, n, u) seine eigene Ansicht und diejenige vieler anderer Autoren dahin zusammenfaßt: „Bei dem anatomischen Bau und der funktionellen Organisation unserer Nervenzentren ist es gegeben, diesen eine Mitwirkung bei der Gestaltung psychogener Symptome zuzusprechen, indem sie diesen bis zu einem gewissen Grade fertige Schablonen zur Verfügung stellen". Er führt die späte Einsicht in diese Zusammenhänge und die so lange mögliche Verwischung der organisch-psychischen Grenzlinie auf die prädominierende *semiologische* Forschungsrichtung innerhalb der Neurologie seit *Charcot* zurück; und wirklich dürfen wir ihm für die Inauguration einer etwas tieferen, auf Wesenhaftes eingestellten Betrachtungsweise in diesem so heiklen Grenzgebiete und die dadurch erzielte Förderung des Leib-Seele-Problems immer dankbar sein.

Diesem ersten prinzipiellen Schritt schließt sich der zweite an: die engere Begrenzung dieser den striären organischen Störungen so stark angenäherten hysterischen Phänomene auf die entsprechenden Bezirke des Zentralnervensystems; wo früher nur allgemeine Anschauungen geherrscht hatten, begannen sich präzisere lokalisatorische Begriffe auch für psychogene Störungen einzustellen (75). Wenn auch die Vorstellung einer zugrunde liegenden Systemerkrankung, wie sie sich aus einzelnen Beobachtungen gebieterisch ergibt (33), als zu gewagt erscheint, so dürfen wir doch die mit der Bezeichnung „Striatum-Neurose" [„Striatose", *Sahli* (65)] verknüpften Denkschlüsse als den Erscheinungen der Psychogenie adaequat durchaus akzeptieren. Jedenfalls darf aus der neurologischen Analyse eines hysterischen Anfalls mit *Haskovec*

82) Die hysterischen Geistesstörungen, Wien, 1904.

(29) folgerichtig der Sitz im „Hirnstamm“ postuliert werden, wenn auch über den Ort der funktionellen Schädigung und deren Mechanismus keine genaueren Literaturangaben bestehen. Für uns handelt es sich hier nur darum, festzustellen, daß die Berechtigung einer *Lokalisation auch psychogener Affektionen* (44) allgemein, selbst von extrem psychologisch orientierter Seite (66) anerkannt wird. Wohin im Einzelnen diese bis zu dem genannten Punkt gemeinsamen Wege auseinanderführen, soll jetzt einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

Wie wir andeutungsweise schon im 1. Teil (S. 15 f.) ausgeführt haben, können wir einzelne Richtungen unterscheiden, in welche sich die Erklärungsversuche ihrer Haupttendenz nach gruppieren lassen. Wir ordnen sie hier nach dem Grade der Spezifität ihrer Anschauungen über Lokalisation und Mechanismus der psychogenen Störungen und werden zum Schluß auf die Grenzen der Theorie und ihre denkbare Ausweitung zu sprechen kommen:

1. Am unbestimmtesten drücken sich *Claude*, *Baruk* und ihre Schüler aus [83]). Auf Grund eingehender Studien an Fällen mit katatoner Schizophrenie, sowie gewisser Intoxikationen bei Mensch und Tier, wo ebenfalls kataleptische Symptome im Vordergrund standen, kommen die Autoren zu der Schlußfolgerung, in allen diesen Fällen, deren willkürlicher Aspekt so frappiert, handle es sich um eine enge Verbindung dieser körperlichen Störungen mit dem gesamten Psychismus und zwar in Form einer Erstarrung („engourdissement“). Bei plötzlicher Ablenkung der Aufmerksamkeit und ihrer Hinwendung auf ein bestimmtes Objekt, oder wenn ein brüskes Erschrecken den momentanen psychischen Zustand beeinflußt, dann tritt eine Entstarrung der Psyche zur raschen Aktionsbereitschaft ein. Dabei handelt es sich um psychomotorische Störungen, die mit den die Motorik beherrschenden Apparaten in enger Beziehung stehen und große Ähnlichkeit mit hysterischen Störungen aufweisen; denn diese benützen auch, um sich auszudrücken, physiologische, vom Psychismus nur künstlich zu trennende Mechanismen. Es handelt sich also nach der Auffassung dieser Psychiater um eine Assoziation von psychischen Reaktionen mit Gleichgewichtsstörungen und Verwirrungen physiologischer Reaktionen.

Tinel (zit. nach *Imbert*) geht noch weiter, indem er den Unterschied (zwischen funktionellen und organischen Phänomenen striärer Natur) „weder ihrem Ursprung, noch ihren Symptomen, noch auch ihrer Lokalisation nach“ anerkennt; denn „einzig in der Natur der cerebralen Störung, in ihrer Dauer und im pathologischen Mechanismus“ liegt der Unterschied zwischen beiden.

2. Viel zitiert, weil schon im Jahre 1919 geäußert, wird die Anschauung von *C.* und *O. Vogt* (79), die sie als Abschluß ihrer

83) Encéphale, 1927, vol. 22, p. 741; encéphale, Mai 1928, t. 23. Soc. méd. des hôp. de Paris, 26. Oct. 1928, t. 2, p. 1421.

wichtigen Arbeit über Anatomie und Physiologie der striären Zentren noch anführen, ohne wohl deren Bedeutung als Ausgangspunkt zahlreicher weiterer Theorien zu ahnen. Wenn *O. Vogt* den Kernpunkt der neueren Hysterieauffassung mit dem Satz: „organische und funktionelle Tics bedienen sich derselben Apparate" (zit. nach *Bing:* 5, u) kennzeichnet, so geht seine auch neuerdings z. T. in allerdings spezifizierter Beschränkung auf das Neostriatum noch zitierte (40, 24, 75), enger umgrenzte Meinung zur Hysterie-Frage dahin: wie bisher schon klinisch-pathologische Parallelen zur Lokalisation mancher weiteren Erkrankung im Zentralnervensystem geführt haben, wie z. B. bei der Pseudosklerose, so werden auch die hysterischen Phänomene entsprechend ihrem gemeinsamen Charakter als gesteigerte Ausdrucksbewegungen lokalisiert werden können. Abgesehen von der Zuweisung funktioneller Erkrankungen (Torsionsspasmus, *Oppenheim* u. A.) in dieses Gebiet der Hirnpathologie, beschäftigen sich die Autoren besonders mit den Symptomen verschiedenartiger (neurocutanomuskulärer) Übererregbarkeit, sowie Kontrakturen bei der Hysterie. Und unter Hinweis auf ihre klinische Ähnlichkeit mit striären Erkrankungen ergibt sich ihnen die Konsequenz, daß es sich bei jenen Affektionen um „eine konstitutionelle oder erworbene *Schwäche des Striatums*" handle, eine Auffassung, die, den psychologischen Bemühungen aller *Freud*ianer zuwider, allein die spezifischen Reaktionsformen der Hysterie in ihrem Wesen zu fassen vermöge, wozu die auch ihrerseits versuchte psychologische Betrachtungsweise eben nicht imstande sei. Wenn die Verfasser abschließend in allzu optimistischer Weise die „Aufdeckung eines pathologisch-anatomischen Substrats" als allein mögliche Basis weiterer Hysterieforschung hinstellen, so gehen sie darin wohl doch etwas zu weit.

3. Der allgemein geteilten Erklärung der *postencephalitischen* Störungen als Enthemmungsmechanismen am nächsten kommt die hauptsächlich von *Bing* (5, m, n, p, s, u) vertretene, in letztzitierter Arbeit am besten zusammengefaßte Ansicht. Sie geht von folgender Fragestellung aus: „Warum können gelegentlich auf rein hysterischer, rein autosuggestiver Grundlage Krankheitsbilder auftreten, die mit den postencephalitischen oder überhaupt „striären Spasmen" und Tics eine Cliché-artige Ähnlichkeit aufweisen?" Ihre Beantwortung lautet, allgemein gesagt, folgendermaßen: Die hysterischen Symptome sind Ausdruck einer psychogenen Enthemmung onto- und phylogenetisch alter Bewegungsapparate, losgelöst vom Einfluß der Hirnrinde.

Bing ist es unmöglich, nur auf Grund subjektiver Vorstellungen so konstante krankhafte Erzeugnisse, wie sie die Psychogenie uns darbietet, entstehen zu lassen (5, u). Die Gründe dafür (a—h) seien hier wiedergegeben und anschließend das Gegenstück, die Argumentierung seiner Auffassung dargelegt, bevor wir an die eigentlichen Punkte der Theorie herantreten.

a) Neben der oben schon mehrfach betonten klinischen Gesetzmäßigkeit hysterischer Äußerungen (vgl. auch *Strümpell, Meige* u. a. unten), ist es die Beobachtung, daß auch bei gesunden Individuen unter der Einwirkung gewaltiger psychischer Erschütterung (wie wir sie in den Berichten von *Babinski* und *Froment* (4, k), *Clunet* (zit. bei *Imbert*) und *Heinrich Vogt* aus Kriegs- und von *Bing* z. T. in Zusammenarbeit mit *Stierlin* (5, e, o) aus Friedens-Zeiten so drastisch geschildert bekommen) gleiche Reaktionen wie bei Hysterischen auftreten, die *Bing* davon abhält, darin nur Auswirkungen persönlicher Vorstellungen zu sehen und ihn zur Annahme einer Vorbildung dieser Mechanismen im Bau unseres Zentralnervensystems zwingt. Mit *Freud* in solchen „Affektexplosionen" — wie sie in Form epileptischer Anfälle übrigens auch *Bratz* und *Leubuscher* beschrieben haben — eine Stilisierung des Geschlechtsaktes erblicken zu wollen (vgl. S. 149 f.), ist *Bing* (5, b, u) nur insofern möglich, als eben dieser für den Durchschnittsmenschen der heutigen Zivilisation noch die einzige Gelegenheit ekstatischer Reaktion darstellt.

b) Wenn für die Lähmung einer Extremität noch die Vorstellbarkeit beim Träger derselben angenommen werden kann, so ist dies für die hysterische Anästhesie unmöglich (5, u), zumal da die Arbeiten *van Biervliet*'s an „Normalen" eine konstante physiologische Hemi-Hypästhesie auf der linken Seite ergeben haben und dort auch die hysterischen Halbseiten-Anästhesien sich fast durchwegs lokalisieren. Eine Tatsache, die wir mit *Bing* (l. c.) in einer „funktionellen Hegemonie der linken Großhirnhemisphäre", also einer anatomischen Präformation hysterischer Phänomene, begründet zu sehen nicht anstehen.

c) Im Zusammenhang damit spricht auch gegen die [hauptsächlich von *Babinski* und seiner Schule vertretene (s. unten S. 90 ff.)] Anschauung von den in der Vorstellung der Hysterischen verwurzelten körperlichen Symptomen die relative Seltenheit der doch viel leichter „zu erdenkenden" Lähmung gegenüber den häufigen Sensibilitätsstörungen aller Art. Und die zahlreichen hysterischen Hemiplegien der *Charcot*'schen Aera sind ja nach den überzeugenden Darlegungen *Rouquier*'s (62) meist verkannte organische Syndrome gewesen.

d) Auch in Anbetracht aller durch ärztliche Suggestion erzeugten Untersuchungsbefunde — wovor zu warnen nie überflüssig sein wird! — läßt sich nicht leugnen, daß gewisse Körperstellen empfindlicher sind als andere, und die Coinzidenz dieser Hautbezirke mit den oben angeführten „hysterischen Topalgien" spricht auch im Sinne einer „physiologischen Bahnung" hysterischer Manifestationen.

e) Abgesehen von weiteren, weniger entscheidenden Befunden in Verbindung mit Anästhesien, erscheint uns als Be-

weis im Sinne einer auf objektiven Befunden beruhenden Entkräftung der *Babinski*'schen Vorstellungen die Feststellung der Schüler *O. Foerster*'s, *Altenburger*'s und *Kroll*'s (2), daß durch hypnotische Suggestionen Modifikationen der sensiblen Chronaxie erzielt werden können. Es handelt sich hier m. E. um ein Entgegenkommen physiologischer Funktionsbeeinträchtigung gegenüber einer rein psychischen Zustandsänderung heterosuggestiver Genese. Eine Tatsache, die wir mit *Bing* (5, u) umso höher werten, als bei diesen streng objektiven, subtilen Methoden jede Mitwirkung subjektiver Faktoren ausscheide., da ja ein Einblick der Versuchsperson in die der Sensibilitätssteigerung — diese wurde suggeriert — entsprechenden physikalischen Ablesungen nicht möglich war. Auf die physiologische Deutung dieses fundamentalen Experiments werden wir an anderer Stelle (S. 77) zurückkommen.

f) Auch auf die altberühmte, aus Hexengeschichten und Beschreibung von Hysterie-Epidemien (vgl. *Cesbron*, *Richer*) bekannte Vasokonstriktion im Bereich von anästhetischen Körperstellen darf hier verwiesen werden, indem dieselbe Erscheinung des berüchtigten „Malleus maleficarum" von *S. A. Kinnier Wilson* auch bei Obliterationen der Arteria cerebelli post.inferior gefunden wurde (5, u), eine sehr wohl auch im Sinne *Bing*'s zu deutende Feststellung.

g) Wenn wir in der obigen Zusammenstellung sensorischer Störungen bei der Hysterie auch die konzentrische Gesichtsfeldeinengung angeführt haben, so geschah dies aus der Kenntnis der Bedeutung dieses Symptoms für die Widerlegung der *Babinski*'schen Doktrin von ihrer ideogenen Grundlage heraus. Denn, außer dem „Röhrensehen" (s. oben S. 58) der Postencephalitiker, haben zahlreiche Autoren dasselbe Phänomen auch bei organischen (traumatischen, toxischen) Hirnschädigungen beobachtet, sodaß wir annehmen dürfen, auch bei der Psychogenie handle es sich um funktionelle Abweichungen derselben Hirnanteile: also wiederum eine Stütze für das *Bing*'sche „Schablonenpostulat".

h) Schließlich sei nur erwähnt, daß die oben in ihrer ganzen Reichhaltigkeit entworfene Symptomatologie der extrapyramidalen Störungen die erschöpfendste Argumentation gegen die von den Schülern *Babinski*'s (*Imbert*) so hartnäckig aufrecht erhaltene Lehre von der Suggestion als der alleinigen Ursache der Hysterie darstellt und weit mehr *für* die neueren Ansichten spricht, als alle jene „Beweise" *dagegen*.

Haben wir bisher die Unhaltbarkeit der Theorie von der ausschließlich ideogenen Natur der Psychogenie, also die negative Seite hervorgehoben, so wollen wir jetzt sehen, auf welche positiven Beweise, abgeseheen von den bisherigen (s. S. 64 ff.), *Bing* und die übrigen Vertreter derselben Richtung ihre Anschauungen gründen.

Wir können die ganze Theorie in zwei mehr oder weniger selbständige Einzelbegriffe, entsprechend der obigen Formulierung, unterteilen: 1. die psychogene Enthemmung; 2. das Wiederauftreten phylogenetisch und ontogenetisch alter Mechanismen.

ad 1: Die Erscheinung der Enthemmung ist für *Bing* (5, s) ein allgemein gültiges Prinzip in der Physiopathologie im Allgemeinen und des Zentralnervensystems im Besonderen. Inklusive die früher beschriebenen Hyperkinesien sind die gesamten Enthemmungserscheinungen in folgende Gruppen einzuteilen:

I. An der Skelettmuskulatur;
II. Auf visceralem Gebiet (Beispiel: isolierte Iris);
III. Im Tonus der Muskeln:
   a) pyramidale Spastizität bei Affektion der Vorderhörner,
   b) extrapyramidale Rigidität bei Ausfall subcorticaler Zentren;
IV. Bei den Reflexen (normale gesteigert, Auftreten pathologischer Reflexe);
V. Auf sekretorischem Gebiet (*Verzár*);
VI. Auf trophischem Gebiet (Callus luxurians bei Tabes u. a.);
VII. Bei Schmerzphänomenen („Sympathalgien", durch Sympathicuswegfall: 76; 5, t).

Diese des allgemeinen Interesses wegen so detailliert aufgezählten Phänomene berechtigen *Bing* dazu, den so weit ausgedehnten physiologischen Mechanismus auch aufs Gebiet des Psychischen auszudehnen und zwar zunächst auf die Neurosen und Psychopathien, dann aber auch auf den gesamten, die Psychiatrie beschäftigenden Rayon, worin er schon auf weitgehendes Entgegenkommen stößt, wie wir unten (S. 134) zeigen werden.

Jakob [84]), der die Erklärung *Bings*'s für zutreffend hält, weist zu ihrer Rechtfertigung u. a. auf die während der Hypnose auftretenden extrapyramidalen Mechanismen hin. *Zingerle* (85) weist anläßlich der bei Stirnhirnerkrankungen, also dem Ausfall höherer Zentren, sich manifestierenden Automatosen organischer Genese auf die Ähnlichkeit mit hysterischen Phänomenen hin; und *Hirsch* (33) will die hysterischen Anfälle als den organischen Anfällen bulbo-spinaler und cerebellarer Natur analoge Erzeugnisse im Sinn eines Enthemmungsmechanismus näher studiert wissen und äußert weitere, spezifischere Ansichten, auf die wir an gegebener Stelle (S. 80) zurückkommen werden.

Außer den bereits zitierten bekennen sich die meisten der Autoren, die über die Beziehungen zwischen postencephalitischen Störungen und Psychogenie gearbeitet haben, zu dieser Auffassung: so *Maria Kühne* (40), *Wartenberg* (80), *Gerstmann* (24), *Schilder*

84) Die extrapyramidalen Erkrankungen, Berlin, Springer, 1923.

(66), *Wimmer* (83), *Rohner* (58), *Rouquier* (62), und andere mir nicht zugängliche Forscher wie *Rimbaud*, *Buscaino*, *Boschi*, *Richter*, *Thomalla*, *Cassirer*, *Bielschowski*, *Pick*, *Straus*, *Schaeffer*, *Martin*, *de Massary*, *Papastratigakis*, *Calligaris*, *Stern*, *Pienkowski*, *Briand*, *Sebek* u. A. (5, u). An dieser Stelle verweisen wir auch auf das Kapitel der Hysterie-Lokalisation im Cortex (S. 50 ff.), wo wir einzelne Autoren, die sich nach ihrer gesamten pathogenetischen Einstellung hierher rubrizieren, in anderem Zusammenhang schon getroffen haben.

ad 2): In phylogenetischer Beziehung ist es hauptsächlich *Kretschmer*[85], auf den wir unten (S. 134 ff.) wieder zurückkommen werden, der auf den hysterischen Anfällen gleichende Primitivreaktionen (Archaismen) bei niedrigen und höheren Tieren hingewiesen hat (5, u). Diese kommen unter der Einwirkung überwältigender Affekte, vor allem auch durch Schrecken mit der Regelmäßigkeit eigentlicher Reflexe zustande. Sie äußern sich z. T. in Form des sogenannten „Bewegungssturmes" als heftige Muskelaktionen, Schütteln, Zittern, Zucken, Zappeln und weiteren ähnlichen „Affektbewegungen", z. T. als „Totstellreflex", ein ja aus allen Tierbeobachtungen hinreichend bekannter, sinnreicher Schutzmechanismus. Diese Reaktionen sind die Prototypen für in den höheren Stufen der phylogenetischen Reihe, vor allem beim Menschen, auftretende Erscheinungen, wie sie sich in Analogie zur hyperkinetischen Schutzreaktion bei der Hysterie und in Parallele zur „Todeserstarrung" bei gewissen kataleptischen Reaktionen wieder finden. Mit *Bing* (5, u), *Szondi* (75) und vielen anderen Autoren (s. oben unter 1), auch solchen der psychiatrischen Richtung (48, 71), zweifeln wir nicht daran, daß wir es bei den hysterischen Anfällen mit stammesgeschichtlich vorgebildeten, vielleicht uralten Abwehrmechanismen zu tun haben, freilich entsprechend der hohen Organisation des Menschen, mit „psychogen" ausgelösten, durch Hemmungswegfall ermöglichten Reaktionen. Beide enthalten einen biologisch gemeinsamen „Kern", die sogenannten „Radikale", sind im übrigen aber natürlich verschieden zu bewerten. Dafür sprechen vor allem die stereotypen Züge der hysterischen Erscheinungen, und dann haben wir ja, worauf *Bing* (l. c) mit Recht hinweist, schon lange gewisse Schreckäußerungen beim Menschen, wie sie die alten Epiker so meisterhaft beschrieben haben[86], mit dem Fell- und Federsträuben, Erstarrungsreflexen und anderen somatischen Reaktionen bei Tieren verglichen.

Was die *ontogenetischen* Analogieschlüsse betrifft, so gründen sie sich auf die Tatsache, daß die zentralen Ganglien verschieden früh ihre Markscheiden erhalten, in ihrer Gesamtheit aber bei der Geburt schon funktionstüchtig sind. Während dies der Cortex

---

85) Medizinische Psychologie, Berlin, Springer, 1930.

86) s. *Vergil:* „Obstupui, steteruntque comae, vox faucibus haesit".

ja erst später wird. Hieher gehören die Beobachtungen von *v. Goltz* an vorzeitig geborenen Hunden und diejenigen *Minkowski*'s an menschlichen Foeten aus dem 4. und 5. Schwangerschaftsmonat, die zunächst auf die extrapyramidale Pathologie und von dort aus auf die Bewegungstypen gewisser funktioneller Störungen ein erhellendes Licht werfen. Wie der Neugeborene ein „subcorticales Wesen" ist, so läßt sich dies in gewissem Sinn auch vom Neurotiker sagen, nur erscheint hier daneben der gut abgestimmte Funktionsmechanismus der Stammganglien ebenfalls gestört.

Nachmansohn (48, a) verweist auf vergleichend-physiologische Studien *O. Munk*'s, auf Grund derer anzunehmen ist, daß bei der Hysterie die pränatal gebildeten, in der motorischen Sphäre liegenden, erblichen, angeborenen Koordinationsbewegungen nicht gestört sind, dagegen die erst postnatal entwickelten komplizierten Bewegungen und zieht dann (48, b) daraus weitergehende Schlüsse unter Berücksichtigung psychiatrischer Tatsachen (s. S. 134).

4. Hier seien die ähnlich formulierten Ansichten *Pick*'s (5, u), der eher an einen „Abbau durch Rückentwicklung höherer Funktionen" denkt, sowie diejenigen *Kroll*'s [87]) und *Schilder*'s (67) genannt, von denen der Erstere sich dahin ausspricht (75): infolge der durch einen exogenen Schock hervorgerufenen Umschaltungen treten funktionelle Verschiebungen auch im extrapyramidalen System auf, die sich dann in striären Symptomen äußern. (Die von *Kroll* zu den *Pawlow*'schen Mutmaßungen im zustimmenden Sinne geäußerte Meinung wurde an anderer Stelle (S. 50) erwähnt). *Schilder* sieht, was die Lokalisation hysterischer Störungen ins Corpus striatum betrifft (im übrigen s. S. 51), in den Symptomen der Psychogenie nur die „physische Auswirkung der hysterischen Psyche", die dann als primäre Schädigung dieses Systems imponiert.

5. Zum Schluß dieses Kapitels und zugleich als Beispiel für auf die Spitze getriebene pathogenetische Deutung der hysterischen Phänomene als Parallelen postencephalitischer Störungen sei die schon kurz erwähnte Ansicht der rumänischen Autoren unter Führung *Radovici*'s erwähnt. Diese fand ihren Niederschlag in einem am 5. Juni 1930 vor der Neurologischen Gesellschaft zu Paris gehaltenen Referat (55) und gipfelt in der extremen Forderung: den hysterischen Störungen müssen organische Prozesse (hypothetischer Natur) zugrunde liegen in den entsprechenden Teilen des Zentralnervensystems; zwischen postencephalitischen und hysterischen Störungen besteht eine „Wesenseinheit" (*Bing;* 5 u), und jene Prozesse führen zu bestimmt lokalisierten Läsionen ebenso hypothetischer Natur.

Diese jeglicher ätiologischer und pathologisch-anatomischer Basierung entbehrenden Anschauungen reihen nichtsdestoweniger

87) Die neuropathologischen Syndrome, Berlin, Springer, 1929.

die Hysterie unter die organischen Nervenkrankheiten ein, eine Formulierung, von der sich nicht nur Vertreter der *Babinski*'schen Richtung (35), sondern auch sämtliche „neurologisch orientierten" Forscher (5, u) entschieden distanziert haben, und zu welcher die moderne Psychiatrie, aus der fehlenden Literatur zu schließen, eine Stellungnahme überhaupt nicht für nötig zu halten scheint.

Wir wollen auf diese Ansichten des historischen Interesses halber etwas eintreten. Mit *Bing* (5, u) möchten auch wir den anachronistischen Charakter der ganzen Theorie unterstreichen. Denn trotzdem sich diese Anschauung in den Deckmantel anatomisch-physiologischer neuzeitlicher Gegebenheiten einhüllt, stellt sie sich mit ihrem Postulat einer materiellen nervösen Schädigung auf die „entwicklungsgeschichtliche" Stufe des jungen *Charcot*, ja sogar, wenn wir sämtliche Hysterietheorien einbeziehen, an den Beginn des 19. Jahrhunderts, wo *Louyer-Villermay* mit seinen Gedankengängen das Entsetzen seiner Zeitgenossen (*Georget*, *Briquet*) provoziert hat. Damit ist eigentlich das Urteil über diese allzu kühne Hypothese gefällt. Ich meinerseits möchte sie auch als das Produkt einer einseitig morphologisch-materialistischen Forschungsrichtung innerhalb der Medizin bedauern, sind wir doch im allgemeinen über dieses Stadium grundsätzlicher Einstellung zum Leben dank einem *Erwin Liek*, *Martin Siehle*, *L. v. Krehl*, *Otfried Müller*, *Rich. Koch*, um nur einige namhafte, praktisch tätige Autoren deutscher Zunge der Neuzeit zu nennen, glücklich hinüber gelangt.

Wenn anfangs (1925) *Marinesco* und *Radovici* im ungenügenden Einfluß der Hirnrinde auf die Pyramidenbahn neben striären Läsionen die Hauptursache der Hysterie erblicken zu müssen meinten (35), so leiten sie die neueren, oben skizzierten Hypothesen aus Untersuchungen an Patienten mit Déviation conjuguée von Augen und Kopf ab und gründen sie auf rein klinische Tatsachen, indem sie aus der starken Suggestibilität der Kranken, der häufigen Imitation und dem sofortigen Verschwinden ihrer Symptome einerseits die Diagnose „Hysterie" ableiteten und andererseits aus Anamnese und Untersuchungsbefund den organischen Charakter der Affektion für sichergestellt halten. Also „ein organisches Syndrom, dessen hysterische Eigenschaften unzweifelhaft sind".

Im allgemeinen sind es für *Radovici* drei Gruppen von Phänomenen, die bei der Postencephalitis und der Hysterie einander entsprechen und sehr ähnlichen Aspekt darbieten:

1. Die Motilitätsstörungen,
2. Geistige Zustände mit gesteigerter Suggestibilität (Charakterstörung, Perversität, besonders Impulsivität),
3. Vegetative Störungen und viscerale Erscheinungen (vegetative Gleichgewichtsstörungen; Tonussteigerung des Vagosympathicus, nachweisbar an dem positiven Ausfall der Probe von *Danielopolu* und *Carniol;* (humorale Veränderungen in Form einer Verschiebung des Säurebasengleichgewichts nach der alkalischen Seite hin.)

Daraus ergibt sich eine einheitliche Lokalisation der Störungen im Gehirn und zwar ebenso wie des Corpus striatum, auch der vegetativen Zentren an der Hirnbasis. Nur ätiologisch sind die Erscheinungen verschiedener Natur: im einen Fall organische Störungen verschiedener Herkunft, im anderen aber funktionell-humorale Störungen infolge *lokaler Toxikose oder eines zirkumskripten Gefäßspasmus*, die zu einer passageren und reversiblen oder zu permanenter Läsion im betreffenden Bezirk führen können. Um ein Beispiel dafür zu geben: die gesteigerte Suggestibilität kommt daher, daß durch ein endo- oder exogenes Toxin die grauen Kerne des Hirnstamms von der corticalen Kontrolle losgelöst sind, was durch eine angeborene oder erworbene Schwäche („fragilité") des cortico-nucleären Fasersystems begünstigt wird.

Auch *Radovici* schließt mit prophetisch-optimistischem Ausblick: „Nous avons la conviction que dès maintenant il ne serait pas trop osé de dire que les états hystéroides organiques sont, pour l'hystérie, ce que l'épilepsie organique Jacksonienne est pour l'épilepsie idiopathique" (vgl. *Vogt, van Bogaert*).

Diese kühnste aller Thesen ist begreiflicherweise auf hartnäckigen Widerstand gestoßen, in dem sich *Imbert* (35), ein Schüler *Froment*'s, am meisten ausgezeichnet hat. Ohne auf dessen einseitige, ganz an *Babinski*'s Doktrin gemessene Kritik einzugehen, möchten wir bemerken: die Behauptungen der Rumänen stehen oder fallen damit, daß die erwähnten Phänomene Kriterien für den hysterischen Charakter einer Störung in Wirklichkeit sind oder nicht. Und daß sie es nicht sind, haben wir z. T. (oben S. 63) gesehen („auch organische Affektionen reagieren auf Psychotherapie"), und möchten beifügen, daß die Besserung durch Suggestion eine *dauerhafte* sein muß, um als Kriterium für die funktionelle Genese zu dienen. Auch nach unserem Dafürhalten sind selbst objektive vegetative Zeichen (s. oben), wie sie *Radovici* zitiert, kein Maßstab für den pathologischen Charakter eines Symptoms und können deshalb auch nicht als für striäres Syndrom und Hysterie gemeinsames Kriterium beigezogen werden. Schließlich ist es überhaupt nicht angängig, aus klinischen Analogien auch Schlüsse auf identische pathologisch-anatomische und ätiologische Natur zu ziehen, wie dies *Radovici* getan hat.

Ich glaube, mit diesen kurzen Hinweisen, die denen *Imbert*'s nahestehen, die Unhaltbarkeit dieser Anschauungen nahegelegt zu haben. Im übrigen ist Vertrautheit mit dem so dynamischen Krankheitsbild der Hysterie am besten geeignet, jene sich so stark festlegenden Hypothesen der Rumänen ad absurdum zu führen.

6. Anhangsweise, weil nur in *einer* Beziehung in diesen Zusammenhang gehörig, sei nach *Cesbron* (12) als früher Vertreter einer organischen Hysterieauffassung der französische Physiologe *Binet-Sanglé* [88]) erwähnt, dessen Theorie trotz der Vorarbeiten

88) Théorie physiologique de l'hystérie, Rev. de l'Hypn. 1911, no. 16, p. 257.

Lépine's (1875) und *Duval*'s [89], an die sie sich anschließt, jener Zeit grotesk erscheinen mußte, weit mehr als die soeben zitierten, doch viel zahmer anmutenden Gedankengänge *Radovici*'s. Hier und dort auf das zeitgenössische neurologische Wissensgut sich gründendes Zurückführen der hysterischen Syndrome auf qualitativ umschriebene organische Veränderungen. Hier im Anschluß an die postencephalitische, dort an die Bereicherung der Neurologie aus der Neuronenlehre ein rein hypothetisches und nur auf Vergleichen mit anderen klinischen Zustandsbildern sich aufbauendes wissenschaftliches Machwerk.

Von *Lépine* übernommen, lautet die *Binet*'sche Lehrmeinung so: die hysterischen Symptome (Anästhesien, Lähmungen und gewisse psychische Phänomene, wie Somnambulismus) sind durch eine Dissoziation, eine Leitungsunterbrechung zwischen den Neuronen verursacht, wie sie sich im Gefolge von Entzündungen als Rückentwicklung der Zelle einstellen. Es bildet sich dadurch bei den hoch organisierten nervösen Elementen eine Annäherung an den embryonalen Zustand, ein „état d'amibe", heraus, woraus sich die Häufigkeit der Hysterie bei Kindern, jungen Leuten und Frauen ableitet. An dieser Zellregression sind schuld:

1. eine Verminderung der Blutmenge (hysterische Anämie),
2. die Wirkung bestimmter Gifte,
3. nervöse Traumen und „Explosionen", entsprechend seelischen Erschütterungen.

Das klinische Analogon finden wir in Beobachtungen (von *Havet*, *Demoor*, *Odier*) von „Neuronenretraktion" bei experimenteller Alkohol- und Morphinintoxikation und entsprechenden Befunden (*Stefanorosca*, *Soukhanoff*) an Fällen mit Anästhesie.

Cesbron vermißt bei *Binet*, was wir bei *Radovici:* die fehlende empirische, exakt beweisende Grundlage, ohne die eine solche Theorie zu einem dem Zufall unterworfenen Gedankenprodukt wird, das nicht einmal das Epitheton ornans „Arbeitshypothese" verdient.

bb) Thalamus.

Der Thalamus wird in seiner Bedeutung als in alle nervösen Funktionen eng verflochtener Hirnteil immer besser erkannt, was besonders den Arbeiten *Foerster's Head*'s u. A. zu verdanken ist. Wenn wir kurz die ihm zugeschriebenen Partiarfunktionen aufzählen, so deshalb, um eine Beteiligung dieser grauen Kerne an einer funktionellen Erkrankung verständlich zu machen:

Der Thalamus ist das erste gemeinsame Ziel aller sensiblen Bahnen und steht zugleich in doppelter zentrifugaler und zentripetaler Verbindung mit der Hirnrinde und den motorischen Teilen

89) L'amiboisme des cellules nerveuses (Rev. scient., 12. mars 1898).

des extrapyramidalen Apparates; er ist folglich ein sehr wichtiges Koordinationszentrum, was besonders beim Neugeborenen mit noch nicht funktionierender Hirnrinde deutlich ist.

Aber auch beim Erwachsenen scheinen nicht über die Schwelle des Bewußtseins tretende motorische Äußerungen unter Umgehung der Rinde durch Einwirkung zentripetaler Impulse via Thalamus direkt auf das Extrapyridium zu entstehen. Dies betrifft besonders auch durch extero- und enterozeptive Reize angeregte Vorgänge des Stoffwechsels und die affektive Komponente aller motorischen Äußerungen, Funktionen, die wohl zum größten Teil unbewußt bleiben, umgekehrt aber unter weitgehender Abhängigkeit von corticofugalen Reizen stehen. So haben wir im Thalamus „irgendwie ein Zentralorgan für rein animalische Funktionen" *[Hiller* (31)].

Aus diesen beiden physiologischen Aufgaben des Sehhügels ergibt sich die noch nicht genauer erforschte Rolle, die ihm möglicherweise bei der Gestaltung hysterischer Symptome zufällt. Dasselbe ergibt sich auch aus der klinischen Betrachtung. *Bing* (5, r) erklärt die halbseitigen Hyp-, Hyper- und Dysästhesien, die Hemiparese und bestimmte Bewegungsautomatismen für Cardinalsymptome thalamischer Herde und hält dieselben Symptome unter der Bezeichnung „Psychalgien" auch für funktionell realisierbar. (5, u). Dies scheint ihm denkbar auf Grund der Entwicklung, die die organische Sehhügelpathologie genommen hat: so wurden viele Symptome, die „früher unbedenklich die Signatur der Psychogenie" an sich trugen, als Folgeerscheinungen substantieller Schädigung eruiert, auch wenn sie wie die „Hyperpathie" (Schmerzempfindung ohne entsprechenden äußeren Reiz) noch so sehr hysterisches Gepräge trugen.

cc) Der Hypothalamus (im weiteren Sinn) und das übrige Diencephalon (vegetative Zentren) in ihrer Bedeutung für die Hysterie.

Ein Teil des Hypothalamus wird, wie die zentralen Ganglien des extrapyramidalen Systems, zum Telencephalon, ein Teil zum Diencephalon gerechnet. In dieser Grenzgegend sowie im Diencephalon haben wir vor allem wichtige vegetative Apparate lokalisiert: wir brauchen nur an das Tuber cinereum, jenen besonders für den Wärme- und Wasserhaushalt so wichtigen grauen Kern oberhalb des Chiasma opticum, zu erinnern. Auch auf die Rolle, die dem Infundibulum eventuell in der Pathogenese des Diabetes insipidus zukommt, sei aufmerksam gemacht.

An diese Funktionen der tieferen Zwischenhirnabschnitte anknüpfend, möchten wir auf eine allgemein gehaltene Bemerkung von *Jahrreiss* (28) hinweisen, der im vegetativen Nervensystem die Stelle im Körper erblickt, wo der innigste Konnex zwischen Leib und Seele besteht. Und hier in der Infundibulargegend wäre somit, wenn wir schon lokalisieren wollen, der Ort für diese engen Zusammenhänge gegeben, hier wäre das „Zentrum der Organneu-

rosen", zu denen die Hysterie ja auch Teilbilder liefert (vgl. oben S. 61 f.), die Wirkungsstätte der „Psychogenie krankhafter Funktionsabläufe", wie *Jahrreiss* jene auch nennt. Mit *Jahrreiss* zweifeln auch wir nicht daran, daß es sich bei diesen vegetativen Störungen um ein sehr komplexes, „vielschichtiges Geschehen" handelt: das Tuber cinereum und seine Nachbarschaft sind darin nur ein Teilstück, ein Ausschnitt aus dem vielverzweigten System, und nur in diesem Sinn möchten die folgenden Ausführungen verstanden sein.

Jahrreiss macht auf die oben schon (S. 69) angeführten interessanten Versuche von *Altenburger* und *Kroll* (2) aufmerksam und hält sie zur Demonstration der engen Verflechtung von psychologischer und physiologischer Funktion für sehr wichtig. An dieser Stelle möchten wir auf die Erklärung jenes Phänomens der suggestiven Beeinflußbarkeit der Sensibilität eingehen. Jene Autoren machen, nachdem sie mit *Foerster* in einer Reihe von Experimenten die empirischen Zusammenhänge zwischen Sensibilität und vegetativem Nervensystem entwickelt haben (20), die vegetativen Begleitnerven der sensiblen Neurone für diese Variabilität der sensiblen Leitung unter psychischer Einwirkung verantwortlich und zwar wahrscheinlich den Sympathicus, indem „die Erregbarkeitssteigerung der cerebro-spinalen afferenten Systeme aus einem sympathico-mimetischen erregbarkeitsdämpfenden, und einem parasympathico-mimetischen, erregbarkeitssteigernden Anteil besteht". Den Beweis dafür liefert der Ausfall der Hypnosewirkung auf die Sensibilität nach Exstirpation der sympathischen Ganglien; und ebenso fehlt bei Patienten, denen der Vorder-Seitenstrang zu therapeutischen Zwecken entfernt worden war, im Bereich der von diesem versorgten Körperpartien der suggestive Effekt. Daraus ergibt sich, daß die Suggestionswirkung am Rezeptor angreift und in unserem Zusammenhang die Bedeutung der sympathischen Zentren für die Integrität selbst sensibler Funktionen, sowie von da aus die pathogene Rolle, die diesen Zentren für entsprechende hysterische, sensible Störungen zukommen könnte. In dieser Art und Weise wären wir also unter Berücksichtigung physiologischer Mechanismen dem Verständnis der Anästhesien und Hyperästhesien Hysterischer näher gekommen. Also auch diesen früher so viel Bedeutung beigelegten Symptomen dienen subtile körperliche Apparate zur Manifestation.

Aber nicht nur die Sensibilitätsstörungen im Bereich des Integuments, sondern auch viscerale Schmerzäußerungen und Anästhesien finden von hier aus ihre Erklärung. Hat uns doch *Tournay* (76) in einer experimentellen Arbeit auf die Bedeutung von Schädigungen der sympathischen Apparate im Abdomen bei der Entstehung der Visceralgien hingewiesen und einige darauf zurückzuführende Symptome, wie wir sie auch bei Neurosen finden, als Auswirkung ganglionärer Affektion dargelegt. Warum sollten wir da nicht, *Bing* (5, u) folgend, indem wir diese Visceralgien als

sympathische Enthemmungsvorgänge anerkennen, auch für die ähnlichen hysterischen Symptome eine funktionelle Beteiligung derselben Sympathicusganglien im gleichen Sinn annehmen dürfen?

Bei der Symptomatologie der „Postencephalitis" haben wir auch vegetative, trophische und Störungen der Wärme- und Schlafregulation getroffen und finden anderseits bei *Lewandowski* (27), *Wormser* und *Bing* (84) und Anderen eine Beschreibung von entsprechenden Dysfunktionen bei der Hysterie. So sehr man dagegen skeptisch sein muß, zumal da es sich um alte Arbeiten handelt, sind doch auch in neueren Werken (5, c) noch vasomotorische und thermoregulatorische Störungen beschrieben. Wir gehen deshalb wohl nicht fehl, wenn wir dieselbe (klinische) Identität auch für die Topik fordern und die Störungen bei der Psychogenie als Folgen einer Liberation dieser basalen Hirnzentren von höherwertigen ansehen, entsprechend den motorischen „pseudostriären" Erscheinungen.

Hier dürfen wir auch nochmals auf die von der rumänischen Schule auf Grund sorgfältiger Untersuchungen (55) erhobenen Befunde von vegetativ-humoralen Störungen bei Hysterischen und ihre Lokalisationsvermutungen hinweisen, was ohne Konzession an die pathogenetische Auffassung oder die Taxierung dieses Phänomens als objektive, einschlägige Beobachtung bedenkenlos notiert werden darf.

Ludo van Bogaert, der oben (S. 15) in historischem Zusammenhang zitierte belgische Autor, hat sich einerseits mit den neurovegetativen Störungen der Psychoneurotiker, und auf der anderen Seite mit organischen Schädigungen bei Tumoren des 4. Ventrikels (9) beschäftigt. Aus den dabei beobachteten klinischen Analogien, hier funktionell, dort durch indirekte mechanische Kompression entstanden, kommt er dann zu der folgenden prinzipiellen Auffassung vom Wesen der hysterisch funktionellen Störungen:

Die hysterischen und „organischen" Analogien beruhen darauf, daß diese Mechanismen dieselben Bahnen und nervösen Zentren benützen in Form von Liberations- und Hemmungserscheinungen bestimmter Hirnpartien. An Stelle der materiellen Schädigung bei organischen Affektionen handelt es sich bei der Psychogenie um Hemmungen derselben Partien unter dem Einfluß von Erregungen oder gewisser geistiger Vorstellungen. Im wesentlichen sind es eine „fragilité particulière des fonctions d'intégration" (zit. nach *Delmas*), und in ihrem Gefolge entstehende „dissociations neuronales", über die der Patient aus eigener Energie nicht, sondern erst infolge einer durch Gegensuggestion erzeugten „supplément d'afférences" Herr wird.

Seiner soweit annehmbaren Hypothese fügt der Autor dann anläßlich der Beschreibung eines Falles von tonischen Torsionen, Nackenstarre und Überbeweglichkeit bei einem Tumor des 4. Ventrikels über den hysterischen Anfall noch einen prophetischen

Schluß bei: die Frage der Psychogenie sei nicht so unlösbar, wie man gemeinhin annehme, und er zweifle nicht daran, daß der hysterische Anfall seine organische Krise bestanden habe und, losgelöst von der Hysterie, für den Neurologen nur noch eine Art von mesencephaler Reizerscheinung darstelle von derselben Valenz wie der *Jackson*'sche Anfall.

dd) Die Umgebung des Zentralkanals im Diencephalon und das Mesencephalon.

Um den 3. Ventrikel und im Mittelhirn, dem kleinsten der (aus der Phylogenie abgeleiteten) Hirnteile, beginnen die Kerne der ersten motorischen Hirnnerven aufzutreten, die sich im Bereich des Aquaeductus Sylvii befinden.

Die Angaben über die Beziehungen dieser Hirnteile zur Psychogenie sind spärlich: *Buscaino* [90]) ist der Ansicht, daß außer den Basalganglien auch den grauen Kernen des Mittelhirns eine große Bedeutung für die Formung hysterischer Symptome zukomme. *Hascovec*, der schon im Jahre 1910 das später von *Bing* (5, h) wieder aufgegriffene Bild der Akathisie geprägt hatte, äußerte schon damals die Meinung, daß für den hysterischen Anfall die Störung im Hirnstamm („Gegend des 3. Ventrikels") liege, während für die Psychogenie in ihrer Gesamtheit funktionelle Änderungen, besonders im Bereich der sympathischen Zentren liegen müßten. Diese Schlußfolgerung ergibt sich ihm aus klinischen Analogien hysterischer Symptome mit denen bei Intoxikationen und der progressiven Paralyse, sodaß auch ein plötzlicher Tod im hysterischen Anfall denkbar sei. In seiner neueren Arbeit (29) fügt er diesen früheren Anschauungen nichts wesentlich Neues bei und bemerkt nur zur Abgrenzung hysterischer Symptome, daß heute vieles nicht mehr für funktionell angesehen werden dürfe, was damals noch kein Mensch für organisch zu halten sich getraut hätte, so auch die sogenannte „traumatische Hysterie", der sicher in vielen Fällen eine Haematomyelie, ein Myom oder metaluetische Erkrankungen zugrunde lägen. In der Differentialdiagnose folgt *Hascovec* dagegen ganz den Lehren der *Babinski*'schen Schule.

Obwohl sie nicht in direktem Zusammenhang mit diesen Gedankengängen über *hysterische* Affektionen steht, möchte ich hier auch an eine vor kurzem aus Zürich erschienene Arbeit von *Dressler* und *Wagner* (16) erinnern, die zur Pathogenese des *Adie*'schen Syndroms (Pupillotonie + Fehlen von Sehnenreflexen) einmal die Ansicht *Behr*'s zitieren, der an eine „Dysfunktion oder Neurose der Ganglienzellen im Kerngebiet (Okulomotorius), hervorgerufen durch eine Verlangsamung der physikalisch-chemischen Umsetzungen in den Ganglien-Zellen" in Form einer Störung der Reizauf-

90) Riv. di Psicol., 1920, vol. 3, p. 4; Riv. di path. nerv. e ment. 1932, vol. 39, p. 33.

nahme und -abgabe denkt. Und dann finden wir die Ansicht von *Adie* selbst in folgender allgemein-physiologischen Umgrenzung wiedergegeben: „*Adie* sieht die Ursache in einer Störung des vegetativen Systems", und zwar eine solche „im vegetativen Anteil des Okulomotorius-Kerns". Auch die fehlenden Sehnenreflexe bringt er unter Nennung objektiver Beobachtungen, wie die Autoren berechtigterweise hervorheben, mit Affektionen des vegetativen Systems in Zusammenhang. Soweit diese Angaben uns interessieren, wäre von hier aus eine ähnliche Genese entsprechender hysterischer Störungen verständlich, weiterhin ist auf Grund der Feststellung von der Bedeutung des sympathischen Systems auch für „fernabliegende" Störungen eine Einengung des Hysterie-Bildes, eine „Revision des Psychogenie-Begriffs" von hier aus sehr gut denkbar.

ee) Die Medulla oblongata in ihrer Bedeutung für die Hysteriegenese.

Als ältester ausgesprochener Vertreter einer Lokalisation der Hysterie im verlängerten Mark ist der Tscheche *Szokalsky* [91]) zu nennen (12). Seine Auffassung ist wohl mit der damals von *Benedict Stilling* eben inaugurierten histologischen Erforschung des Zentralnervensystems in Zusammenhang zu bringen. Er geht davon aus, daß sich dort die vorderen motorischen und die hinteren sensiblen Nerven zusammenfinden. Die Hysterie übt zuerst ihre Wirkung auf diese letzteren aus, wonach der hysterische Anfall als Affektion der Hinterwurzeln zu deuten wäre. Im Gefolge der Anfälle entsteht dann eine abnorme Empfindlichkeit der Nerven, die vom hinteren Teil der Medulla ausgehen (Pneumogastricus, Glossopharyngeus u. a.). Daher die mannigfachen Erstickungs- und Druckgefühle. Erst in schweren, fortgeschrittenen Fällen entstehen infolge Läsion der vorderen Wurzeln die Lähmungen und Kontrakturen. Auf eine Kritik dieser Ansichten einzugehen, ist angesichts ihres Alters nicht angezeigt, zumal da sich keine genauere Angabe über die Natur dieser Schädigungen vorfindet.

Hirsch (33) geht von organischen Anfällen unter anderen bulbospinaler Genese aus, wie er sie als Folge von Myeloencephalitis epidemica beobachtet hat, und findet von diesen aus weitgehende Analogien zu dem Arc de cercle-Phänomen der *Charcot*'schen Schule. Diese möchte er als „Aktivierung spinaler, ja sogar autonomer Reflexe" (in Anbetracht der Anschauungen *Freud*'s von der Ähnlichkeit der Stellungen während dieser Anfälle mit denen bei Coitus und Partus) aufgefaßt wissen, die sonst dem Individuum nicht zur Verfügung stehen. Die hysterischen Anfälle imponieren ihm als Enthemmungs-Mechanismen, wofür er in einem Experiment *E. A. Spiegel*'s (der beim Säugetier besonders leicht gelingen-

91) Über die Anästhesie und Hyperästhesie bei hysterischen Frauen, Prager Wochenschrift, 1851.

den Hypnose nach Durchtrennung des Hirnstammes knapp oberhalb des Nucleus ruber, „kataleptische Reaktion") das organische Aequivalent erblickt. Als Synthese zur *Freud*'schen Erklärung von der Verdrängung formuliert er das Wesen der Hysterie folgendermaßen: „Die Erklärung der Enthemmung ist vielleicht als „patho-physiologische Begleiterscheinung" der mißlungenen oder eben mißlingenden Verdrängung zu verstehen".

Von Monakow (zit. nach *Nachmansohn*, 48), der durch seine Lehre vom seelischen Überbau (Noohormeterien) bekannte Mentor der schweizerischen Neurologie, führt intestinale Störungen bei der Hysterie auf das Freiwerden eines „Oblongata-Mechanismus" zurück, der sonst von der Hirnrinde gehemmt wird, und sieht die Präformation für diesen Enthemmungszustand in der relativen Selbständigkeit der betreffenden cortico-bulbären Synapsen. Ob wir auch für seine Erwägungen auf psychologischem Gebiet (s. unten S. 116 f.) eine anatomische Präformation annehmen dürfen, sei als Frage hier nur aufgeworfen, ist u. E. jedenfalls aber gut denkbar.

ff) Das Kleinhirn in der Hysterieentstehung.

Hier sei nur kurz erwähnt, daß der Begründer der Phrenologie, *Gall*, in seiner Monographie über den Sitz bestimmter Eigenschaften in bestimmten Körpergegenden die Hysterie ins Kleinhirn, als der Ursprungsstätte für die physische Liebe und die Generationseinflüsse verlegt hat, eine Ansicht, die *Imbert* (Lyon) kurz darauf bestätigt und auch auf die männliche Hysterie ausdehnt.

Wenn wir die bisherige Entwicklung des Psychogeniebegriffes überblicken, so scheint es uns nicht unmöglich, daß auf Grund weiterer (vgl. 33) Beobachtungen über früher nur der Hysterie zugeschriebene organische Anfälle und aus der Feststellung sicher psychogener entsprechender (cerebellarer) Zustandsbilder nicht nur die Stammganglien, sondern auch das Cerebellum in den Rahmen des Begriffes der „psychogenen Enthemmung" (hier vorwiegend tonus-regulierender) alter Mechanismen eingespannt werden darf. So werden durch das Auftauchen der entzündlich-epidemischen Hirnerkrankungen und ihre Folgen die Grenzen neurologisch-psychiatrischer Forschung immer mehr erweitert, die Früchte für eine Förderung des Problems Physis-Psyche immer reichlicher.

5. Weitere „organische" Hysterie-Theorien.

Bisher haben wir in Gruppen von mehr oder weniger einheitlicher Struktur die Anschauungen über die Hysterie zu klassifizieren versucht. Wie jede systematische Ordnung dem Objekt gegenüber immer einen Zwang bedeutet, so auch hier. Es ließ sich nicht vermeiden, zuerst einmal gewisse Autoren, die man der Vielfaltigkeit ihrer Ansichten entsprechend, an verschiedenen Orten hätte

erwähnen müssen, zur Vermeidung von Unklarheiten und Wiederholungen dort zu rubrizieren, wohin sie sich ihrer vorwiegenden Haltung nach einordneten. Und dann ist uns jetzt eine kleine Gruppe übrig geblieben, die im bisherigen Rahmen keinen Platz gefunden hat und die in je einem Sonderkapitel einzuordnen, zu viel Aufwand bedeutet hätte. So haben wir uns dazu genötigt gesehen, sie in einem Schlußabschnitt gemeinsam anzufügen.

Wenn wir auch hier systematisch sein wollen, so lassen sich die Autoren wiederum zu vier Gruppen ordnen: Hysterie können verursachen:

a) Affektionen des Magens und Störungen der Verdauung,
b) Dysfunktionen verschiedener Genese,
c) Parasitäre Schädigungen,
d) eine Störung der Blutbildung.

Zu a): *Purcell* [92]) sieht die Erklärung der Hysterie als Folge einer Einwirkung von pathologischen Dämpfen, von Blutveränderung, von krankhaften Sekretionsprodukten, von ungeordneten Lebensgeistern, von verdorbener Lymphe, Galle, Pankreassaft, Chylus und von einer Uterusaffektion als ungenügend an und hält nur Nahrungsmittel für fähig, hysterogen zu wirken. Wenn durch einen Verdauungsfehler die Nährstoffe sich in rohe und nicht verdaute sondern, sammeln sich diese in den Falten und Furchen des Magens und der Eingeweide an, verbleiben dort und werden erst in ihre Teile zerlegt, durch die infolge ihres Verweilens erzeugte Hitze ihrer Umgebung.

Hunauld läßt die Hysterie durch Wärmeentwicklung im Magen entstehen, indem dadurch die Verdauung gestört wird im Sinne einer Beschleunigung oder Verlangsamung. Der schlecht zusammengesetzte und dampfförmige Verdauungssaft entwickelt fremdartige (Lebens-)Geister, und durch deren Stockung entsteht dann die Unordnung und der Aufruhr im Körper, wie ihn die Hysterie darstellt.

Nach längerem Philosophieren über die Hysterie äußert *Petétin* [93]) folgende Definition: „L'abolition momentanée des sens externes avec transport de leurs facultés dans l'estomac, accroissement extraordinaire des facultés intellectuelles et dispositions des muscles exécutant des mouvements libres à conserver aux membres l'attidude qu'on leur donne".

Ähnlich ordnet *Vogel* die Hysterie unter die Spasmen ein und bringt sie in Zusammenhang mit einer großen Schwäche des Magens und der Eingeweide.

Zu b): Zwei für die allgemeine Medizingeschichte wichtige Männer müssen auch in einer Abhandlung über die Entwicklung des Hysterie-Begriffes Platz finden: *Hoffmann* und *Stahl*, jener

92) Treatise of vapours, London, 1707.
93) Mémoires sur l'affection hystérique essentielle, 1787.

der „Begründer“ der Iatromathematik, dieser der Schöpfer des Animismus.

Hoffmann veröffentlicht 1718 seine „Medicina rationalis systematica“ und 1733 die spezielle Arbeit über Hysterie[94]). Von seinem naturphilosophischen System, wonach die Gesundheit Ausdruck eines Gleichgewichts zwischen animalen und vitalen Bewegungen zwischen Blut und Nervenflüssigkeit ist, ausgehend ist in seinen Augen die Hysterie durch eine Dysharmonie der Verdauungsfunktionen zu erklären. Leider werden wir aber aus den Ansichten *Hoffmann*'s nicht klug, denn er äußert in der Folge sehr gegensätzliche Meinungen: bald läßt er alle Symptome der klassischen Hysterie vom Magen und den Eingeweiden sich ableiten, dann wieder ist die Hysterie ein „affectus generis nervosi, spasmodico convulsivus, ex utero a lympha et sanguine in eius vasis retento vel corrupto proveniens, et per nervos ossis sacri ac lumbarum et totam medullam spinalem, universi corporis partes nervosas infestans“, oder an einer anderen Stelle wird der Sexualität eine große Bedeutung beigemessen, wenn er schreibt: „faeminis malum hystericum . . . . in liberos per nativitatem, constantis semper et perpetuae fuit observationis“. Sodaß wir *Briquet* verstehen, wenn er über diese Auffassung, die wegen der angesehenen Stellung *Hoffmann*'s in der damaligen Ärztewelt bedeutenden Einfluß ausübte, stark ungehalten ist und für diesen Anachronismus kein Verständnis aufbringt.

Stahl[95]) hält die Seele für die den Körper in seiner Gesundheit erhaltende Lebenskraft. Ihren Schwächen entspringt die Krankheit und zwar infolge von drei abnormen Zuständen: einer allgemeinen oder lokalen Plethora, einer Eindickung des Blutes und außergewöhnlichen Bewegungen. Die Hysterie führt er[96]) vor allem auf eine Ansammlung zu dicken Blutes zurück und hält die Symptome für die Anzeichen, dessen Anhäufung zu vermeiden. Wie der Titel seiner Dissertation zeigt, ist es die Schlaffheit der Vena portarum, zusammen mit der Dehnung der mesaraischen und Milzgefäße, die diese Stockungen bedingt und damit zu den hysterischen Störungen sekundär Anlaß gibt.

Zu c): In dieser Gruppe stoßen wir z. T. auf ganz kuriose Ansichten: einigermaßen aus dem schlechten Aussehen der Hystericae ist es verständlich, deren Krankheit auf intestinale Schmarotzer zurückzuführen, wie dies *Sauvages* und *Landouzy* z. T. getan haben.

Sauvages teilt, wie wir früher schon (S. 34 f.) zeigten, in seiner Nosologie, der Ätiologie entsprechend, die Krankheiten in verschiedene Klassen ein. Darunter finden wir eine „Hysteria ver-

94) De morbis hystericis vera indole origine et pura, Halle.
95) Theoria medica vera, Halle, 1708.
96) Dissertatio de vena porta, porta malorum, hypochondriaco, splenetico, suffocativo, hysterico, 1705.

minosa", Hysterie bei Helminthiasis, eine zufällige klinische Kombination, aus der *Sauvages* auf einen Kausalzusammenhang schloß.

Schon überzeugter ist *Landouzy* (vgl. S. 23 f.) von diesem Konnex, indem er über sechs Fälle berichtet, die, abseits von seiner Theorie über die Hysterie, in ihrem Darm Würmer beherbergten, während sie am Uterus keinerlei Störungen aufwiesen. (Derselbe Autor zählt übrigens auch andere Krankheiten, so einen Scirrhus des Coecum, als Ausgangspunkt für hysterische Störungen auf).

Wenn schon diese Ansichten uns merkwürdig berühren, so ist es vollends unverständlich, wie um die Mitte des 19. Jahrhunderts *Raspail* (1840) noch eine ganz ausgefallene Erklärung für die Hysterie publizieren konnte: die Neurose entsteht nach ihm durch ein Insekt, indem aus dessen abgelegten Eiern wohl Parasiten sich entwickeln sollen (Helminthen und zwar eine Art Ascaris), die im Unterleib in den Uterus eindringen oder sich in der Scheide festsetzen. Entsprechend der Herkunft heilt man die Krankheit auch durch lokale Applikation des Insekten tötenden Kampfers. Eine entsprechend der damaligen Entwicklung der Parasitologie schon reichlich unklare Vorstellung, die aber durch ihre Beziehung auf die Hysterie den Höhepunkt der Karrikatur erreicht, auf die wir heute mit einem ironischen Lächeln zurückblicken.

Zu d): Auch hier liegt eine Erklärung zur Hysteriegenese vor, die wir, trotzdem sie preisgekrönt war, nur als Produkt einer oberflächlichen klinischen Beobachtung ansehen können, die Zusammenhänge konstruierte, wo nur zufällige Symptomhäufungen vorhanden waren: *Marchand* (1845) macht aus der Hysterie eine Aglobulie, während das Gegenteil, eine überreichliche Bildung roter Blutkörperchen, zu einem apathisch-somnolenten Zustandsbild führt.

Damit sind wir zum Schluß unserer vergleichenden „organischen Hysterologie" gelangt und haben in topographischer Reihenfolge, bald aus alten, bald aus jüngeren Zeiten schöpfend, die hauptsächlichsten lokalisierenden, von der Pathophysiologie ausgehenden Theorien über die Natur der Hysterie durchlaufen. Dabei sind wir auf die mannigfaltigsten, extremsten Anschauungen gestoßen, die meist proportional ihrer Ausgefallenheit eine ebenso große Einseitigkeit zeigten. Diese ihrerseits brauchte dagegen nicht auf einer Primitivität der wissenschaftlichen Erkenntnis der betreffenden Zeitepoche zu beruhen, sondern war meist individuell bedingt.

Mit diesem Teil haben wir eine vergleichende „Neurologie der Hysterie" zusammenzustellen versucht und wollen jetzt daran gehen, die *Psychologie* der Hysterie einer näheren Betrachtung zu unterziehen, wonach wir wohl fast allen Ansichten über das Wesen der Hysterie gerecht geworden sind.

B. Theorien ohne pathologisches Substrat.

(Psychologie der Hysterie).

In diesem letzten Teil bewegen wir uns, historisch gesehen, in einem kurzen Zeitabschnitt, der ungefähr 50 Jahre umfaßt (1880—1930). Da hier die einzelnen Auffassungen sich bedeutend näher stehen, als bei der „neurologischen Betrachtungsweise der Hysterie", war es hier unmöglich, auch nur so scharf wie im 1. Teil nach der wissenschaftlichen Einstellung zum Hysterieproblem zu trennen. Darum sahen wir uns genötigt, hier nach den einzelnen Autoren zu unterscheiden. Immerhin wird der mit dem Hysterieproblem Vertraute mit den einzelnen zusammenfassenden, hier geographischen Gruppen sogleich eine gewisse Vorstellung verknüpfen, sodaß für ihn auch dieser Art der Systematik schließlich begriffliche Bedeutung zukommt.

Weil die Zeitspanne unseres psychologischen „Dramas" so kurz ist und sich historische Übersichten zu den psychologischen Hysterieauffassungen in den neueren Darstellungen über die Hysterie (6; 27; 5, c; 71; 11; 35; 48, a; 26; 28; 53) finden, so können wir uns hier eine nähere Ausführung darüber ersparen und möchten damit nur begründen, weshalb im historischen Teil diese Seite der Entwicklung des Hysterie-Begriffs so schlecht weggekommen ist.

Eine ad hoc-Zusammenstellung der heutigen, allgemein anerkannten psychiatrischen Hysterieauffassung können wir uns hier versagen, da sie sich in ungezwungener Weise aus der Darstellung der modernen deutschen Schule ergeben wird.

Wir gehen auch hier einigermaßen chronologisch vor, indem wir die französischen Autoren an den Anfang, die Deutschen in die Mitte und die „Wiener" an den Schluß stellen und innerhalb jeder Gruppe ebenfalls nach dem Herausgabedatum der Veröffentlichungen des betreffenden Autors einordnen, soweit dies möglich und notwendig ist.

I. Die französische Schule.

1. Charcot (1825—1893).

Erst in *Charcot*, der auch auf den übrigen Gebieten der Neurologie bahnbrechende Arbeiten geliefert hat und daher auch in der Hysterielehre als Autorität anerkannt wurde — im Gegensatz etwa zu *Briquet*, von dem außer seiner Hysteriemonographie wenig bekannt ist —, dürfen wir den Begründer einer eigentlichen wissenschaftlichen Hysterie-Forschung erblicken.

Wenn wir *Charcot*'s Anschauungen in ihrer Entwicklung studieren, so können wir daraus *zwei Perioden* ableiten: eine *erste,* die Jahre 1870—76 umfassende, wo den hysterischen Störungen noch keine einheitliche pathogenetische Formulierung zugrunde gelegt wurde, und die hauptsächlich dem Ausbau des symptomatologischen Monumentes diente, und eine *zweite* bis zu *Charcot*'s Tode, während der sich bei ihm allmählich bestimmte Anschauungen über das Wesen der hysterischen Störungen entwickelten unter gleichzeitiger Fertigstellung des klinischen Lehrgebäudes mit seinen unzähligen Abteilungen. Auf das ja allgemein Bekannte, durch seine Schüler wiedergegebene, systematisch auf die Spitze getriebene Bild *Charcot*'s von der gesamten Hysterie gehen wir hier, weil nicht dem Sinn unserer Darstellung entsprechend, nicht ein und brauchen es im gegebenen Falle nur als Beleg für die Wiedergabe der theoretischen Gedankengänge *Charcot*'s.

Die *erste Periode* von *Charcot*'s „Hysterologie" findet ihren Niederschlag in den „Leçons sur les maladies du système nerveux" (1874; 13, a). Darin finden sich nur vereinzelte Bemerkungen über die den Störungen zugrunde liegenden Vorgänge. Die Hysterie ist eine „schwere Neurose" von besonderer Wandelbarkeit (S. 285) und noch nicht aufgeklärter, aber doch als organisch zu supponierender Grundlage. Genauere Angaben über die Mechanismen einzelner Störungen finden sich nicht. Wir müssen uns z. B. die hysterische Ischurie als unter dem „Einfluß des Nervensystems" entstandene fragliche Konstriktion der Ureteren (S. 305) denken. Wir finden hier noch reichlich Vermengungen mit organischen Affektionen, wenn z. B. bei hysterischen Kontrakturen als zugrunde liegende patho-physiologische Störungen in späteren Stadien tiefgreifende materielle Schädigungen im Sinne einer Sklerose der Seitenstränge (S. 367) beschrieben werden. In welcher Art sich *Charcot* die „anfänglich vorübergehenden, organischen Störungen" (a. a. O.) bei beginnender Kontraktur denkt, entzieht sich leider unserer Kenntnis, sonst könnten wir vielleicht schon hier diese Prozesse als typisch organische mit dem Hinweis auf die ungenügend ausgebaute Differentialdiagnose abtun, wie es für die weiteren Ausführungen über die spezifischen Charaktere der hysterischen Kontraktur der Fall ist, die wir heute unbedingt für organisch halten würden. (Vgl. *Rouquier*, 62). In dieser ersten Periode spielt die Hysteroepilepsie bei *Charcot* noch eine große Rolle, ebenfalls ein Beweis für die organische Natur auch der Hysterie und die mangelhafte Diagnostik neurologischer Störungen in jenen Anfängen dieses Zweiges der inneren Medizin. Denn die Tatsache von im hystero-epileptischen Anfall eingetretenen Todesfällen allein schon genügt, um die Diagnose (Hysterie) ad absurdum zu führen, auch ohne die weiteren, als typisch organisch beschriebenen Obduktionsbefunde (S. 385).

Während uns diese erste Zeit also etwas enttäuscht in Bezug auf pathogenetische Angaben, finden wir diese doch etwas reich-

licher in den späteren Jahren (13, b), nachdem *Charcot* unter den Einfluß der durch systematisches Eindringen in das Wesen der hypnotischen Suggestion (*Liébault, Bernheim*) bekannten neuen Richtung gekommen war. Zwar gibt uns *Charcot* auch hier keine allgemein gültige Ansicht über das Zustandekommen sämtlicher Störungen, aber wenigstens kann man von dem, was er bei einzelnen Affektionen verlauten läßt, auf seine allgemeinen Vorstellungen sich Schlüsse erlauben.

Charcot läßt uns anhand von Lähmungsfällen einen Einblick tun in die Genese dieser Symptome: er geht dazu von den durch künstliche Hypnose erzeugbaren, reversiblen Lähmungen (ihrem „somnambulen Stadium" der psychischen Trübung und Betäubung) aus und vergleicht den Zustand der Hysterie mit demjenigen der Hypnotisierten (S. 285). In beiden Fällen sind zwei Bedingungen zum Zustandekommen nötig: 1. eine Änderung des Geisteszustandes (Hypnose; bei Hysterischen eine allgemeine seelische Erschütterung); 2. eine Suggestion als direkte Folge und Verlängerung der seelischen Erschütterung (experimentelle, z. B. manuelle Kompression einer Extremität: „traumatische Suggestion"; ein lebensgefährliches Trauma).

In beiden Fällen tritt zum bestehenden Zustand die Vorstellung von der Lähmung des Gliedes hinzu, im Moment der „traumatischen Suggestion", die sich dann im Geist des Betroffenen festsetzt und dort erstarrt, sodaß schließlich auch objektiv eine Lähmung eintritt. *Charcot* drückt dies an einer anderen Stelle (13, c; S. 98) drastisch so aus: „Jede eingeführte Vorstellung wird vom Gehirn angenommen und setzt sich nach Art eines Parasiten fest, ohne von dem mehr oder weniger betäubten Ich eine Anfechtung zu erfahren" und weiter: „Diese Vorstellungen, die der Kritik jener Vorstellungskomplexe, die man „Ich" nennt, entzogen sind, können . . . . eine außerordentliche Gewalt, eine fast schrankenlose Macht erreichen . . . .".

Charcot lokalisiert diese Vorstellungen in die motorischen Hirnrindenzellen und z. T. auch in die subcorticalen, medullären und spinalen grauen Massen, wofür die Aufhebung automatischer Bewegung spreche. Für die Richtigkeit dieser seiner Ansichten erinnert er an eine Bemerkung *Rey Regis* (1789), der bei Erkrankung von bestimmten Hirnrindenpartien motorische Lähmungen auf einen Verlust des Erinnerungsvermögens der motorischen Kraft zurückführt, und beruft sich auf die Lehren von *Spencer* (1882), *Bain* (1868) und *Ribot*, nach denen die Vorstellung von der Bewegung eines Gliedes (*Bain*) und der dazu gehörige Willensakt (*Spencer*) nichts anderes ist, als eine bereits abgeschwächte Form der Tat, eine Repräsentation des Akts, auf die dessen tatsächliche Ausführung folgt. Für die Lokalisation, hauptsächlich in die Pyramidenzellen, erklärt er sich solidarisch mit *Wundt* (in dessen „Physiologie"), *Meynert* (Willensakte = Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder der Innervationsgefühle), *Jackson, Maudsley*

(motorische Hirnzentren als Sitz der „muscular inductions") und *Ferrier* („Bewegungsgedächtnis"). Daß aus einem relativ kleinen Trauma doch die Vorstellung einer Lähmung erwachsen kann, führt *Charcot* auf das chirurgische Phänomen des „lokalen Schocks" *Billroth*'s zurück, durch den eine motorische Schwäche der betreffenden Extremität entsteht, und diese wird bei Hysterischen und Somnambulen, zusammen mit der durch Konstitution und Experiment begünstigten starken Vorstellung davon, zu einer Lähmung Anlaß geben können.

„Autosuggestion" ist es also in diesen Fällen von traumatischer Hysterie nach der „physiologischen oder . . . psychologischen Theorie" *Charcot*'s, auf die er sehr viel hält, die die körperlichen Folgen des Traumas erklärt. Wie wir bereits angedeutet haben, ist es eine besondere, durch Heredität bedingte neuropathische Disposition, die für die hysterischen Störungen den Boden bereitet, denn „im Gebiet der Nervenkrankheiten gibt es keine Urzeugung", da „alles, was ist, seine nachweisbare Herkunft hat". Vor allem sind es die Epilepsie, die Trunksucht, die Hysterie, die in diesem ungünstigen Sinn prädisponieren. Als auslösende Faktoren sind dann außer Traumen auch Intoxikationen, Infektionen und bestimmte psychische Einwirkungen (Erregung, Suggestion, Imagination) maßgebend. Sie rufen einer hysterischen Störung, ohne daß der Wille dagegen hemmend einzugreifen vermöchte.

Zu den psychischen Merkmalen, auf Grund derer eine Hysterie entstehen kann, gehören: 1. eine gesteigerte Suggestibilität, 2. ein Drang, sich bemerkbar zu machen. Als körperliche Kriterien, durch die sich auch die Konstitution als unbewußte permanente Störung überträgt, dienen die hysterischen Stigmata, auf deren Ausbau *Charcot* und seine Schüler ganz besonderes Gewicht gelegt haben.

Zur *Charcot*'schen Lehre von der Hysterie, vorwiegend allerdings in diagnostischer Hinsicht, ist zu bemerken, daß über seiner übrigen Tätigkeit als großer Kliniker und der verwirrenden Fülle klinischen Materials seine theoretischen Überlegungen zu kurz gekommen sind. Zu einer einheitlichen Ansicht konnte er allerdings bei der damals noch mangelhaften Differentialdiagnose: organische oder funktionelle Störung? noch nicht gelangen. Und dann trug der schlecht organisierte Betrieb an der *Salpêtrière*, wo „organische" (epileptische u. a.) und hysterische Patienten kunterbunt gemischt waren, auch nicht zur Klärung des Hysteriebegriffs bei, da bei ihrer starken suggestiven Beeinflußbarkeit die Hysterischen viele nur organisch mögliche Symptome imitierten, ganz abgesehen von der ärztlichen Suggestion auf alle Art und Weise [97]). So ist es aus den praktischen Umständen heraus vielleicht zu begreifen, daß *Charcot* in theoretischer Beziehung eigentlich hinter *Briquet* zurück blieb. Als dritter Hinderungsgrund mag die besondere,

97) Ein drastisches Bild davon gibt uns *Imbert*, (35), S. 24 ff.

so ganz systematisch orientierte Veranlagung *Charcot*'s, sein Klassifikationstrieb, gelten.

Aus diesen Gründen ist es verständlich, daß der große Meister auf konkreteren Gebieten der Neurologie mehr Lorbeeren geerntet hat, als hier bei der begrifflichen Abgrenzung des so komplexen Hysteriebildes.

2. Die Schule der Salpêtrière.

Dazu sind eine große Anzahl von Autoren zu rechnen. Wir müssen aber den Kreis enger ziehen, indem wir einerseits Leute, die später eigene Wege gingen, davon ausschließen und anderseits nur solche hier anführen, die den Lehren ihres Meisters mit wenigen Abweichungen treu geblieben sind: Das sind vor allem *Richer*, *Bourneville*, *Gilles de la Tournette*, *Raymond* und *Pitres*.

Meistenteils haben sie nur die Symptomatologie der Hysterie bereichert durch Beiträge aus eigenen Beobachtungen (vgl. auch *Lichwitz*, *Brissaud*, *Parinaud*, *Dutil*, *Athanassio*, *Lermoyez*, *Potain*, *Achard*, *Axenfeld* und *Huchard*) oder aus geschichtlichen Studien, wie dies besonders *Richer* (57) in verschiedenen großen Monographien getan hat, auch im Sinne einer wissenschaftlichen Analyse der Hysterie-Epidemien und der zahlreichen Hysterie-Darstellungen aus der bildenden Kunst (illustriert durch z. T. selbst entworfene treffliche Wiedergaben der betreffenden Kunsterzeugnisse). *Bourneville* verdanken wir zumeist die Besorgung der schriftlichen Festhaltung und Publikation der *Charcot*'schen Vorlesungen. *Charcot*'s Nachfolger an der Salpêtrière war *Raymond*, der das begonnene Werk in gleichem Geiste weitergeführt hat; *Charcot*'s Lieblingsschüler, *Gilles de la Tourette*, hat seine Meinung über die Pathogenese der Hysterie trotz aller Anfechtungen später nie mehr geändert.

Einzig *Pitres* stellt sich im Verlauf der Zeit um, im Sinn eines Kompromisses an die neueren, exquisit psychologischen Lehren. Über seine pathogenetische Auffassung seien folgende seiner Sätze zitiert (nach *Cesbron*):

1. „Les accidents hystériques sont la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux".

2. „. . . peuvent être brusquement provoqués ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur des accidents similaires dépendant de lésions organiques".

3. . . . .

4. „Les accidents hystériques n'ont pas d'évolution régulière. Ils surviennent sans ordre préétabli et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez le même sujet".

Pitres gelangt aus seinen Arbeiten zu folgender Definition der Hysterie: „Die Hysterie ist eine Neurose, deren sehr variable Symptome als gemeinsame Eigenschaften die haben, nicht unter dem direkten Einfluß organischer Schäden zu stehen, durch äußere Anlässe oder durch rein physische Ursachen modifiziert, hervorgerufen oder unterdrückt zu werden, in verschiedener Zahl miteinander vorzukommen, einander unter verschiedenen Formen und zu verschiedenen Zeiten bei demselben Individuum abzulösen und für den Ernährungs- und Geisteszustand der Betroffenen keine schweren Folgen zu haben" (s. bei *Babinski*, S. 91 unten). Z. T. in unseren Zusammenhang gehört auch die Bereicherung der Ätiologie durch die Schüler *Charcot*'s, indem auf die Rolle des Bleies (*Potain, Hanot, Mathieu, Achard*), des Alkohols (*Dagonet* und *Magnan*), des Quecksilbers (*Letulle, Hallopeau*), des Calciumsulfates (*Marie*), der Infektionskrankheiten (*Raynaud, Boinet, Guinon*), sowie traumatischer Faktoren (*Berbez, Blum*) als prädisponierende und auslösende Ursachen hingewiesen wurde.

Wenn wir historisch vorgingen, müßten wir hier auch den sich langsam vollziehenden Umbau in der Hysterietheorie näher ausführen, wie er hauptsächlich *Bernheim*'s Verneinung der Bedeutung der Stigmata (1896), *Bernheim*'s und *Babinski*'s immer eindringlicherer Betonung des suggestiven Moments und *Janet's* Hervorhebung psychologischer Analyse zu verdanken ist. *Imbert* (35) drückt diesen Umbruch anschaulich folgendermaßen aus: „*Charcot,* malgré que son oeuvre ait été faussée dès l'origine, a préparé le démembrement de l'hystérie; avec *Bernheim* l'oeuvre de démolition a été commencée, mais les matériaux sont encore par terre, et c'est à *Babinski* que revient l'honneur d'avoir porté le coup définitif à l'hysterique traditionelle et d'avoir établi sur ses ruines une conception moderne pratique et clinique, le pitiatisme".

Im nächsten Abschnitt wollen wir auf diese „ruhmreiche Tat" *Babinski*'s und seiner Schule näher eingehen.

3. Babinski und die Schule von der Pitié.

Joseph Babinski (1857—1932) wird noch heute von einer großen Zahl von französischen Neurologen und Psychiatern als der Begründer der *Hysterietheorie* schlechthin verehrt. Ein beredtes Zeugnis hiefür ist *Imbert* (35), ein Schüler des besonders unentwegt zu *Babinski* haltenden Lyoner Neurologen *Froment*. Doch auch wenn wir nicht zu der Zahl dieser Anbeter gehören, müssen wir doch *Babinski* als den Mann betrachten, der, weniger durch seine positiven Darlegungen, als durch die Förderung der organisch-funktionellen Differentialdiagnose die Kenntnisse der wirklichen Hysterie mächtig gefördert hat, wenn auch das klinische Bild selbst eine starke Einschränkung erfuhr durch seine Arbeiten.

Denn vor seinem Auftreten war die Hysterie ein neuropathischer Zustand von Proteusnatur, die alle möglichen organischen Bilder nachahmen konnte und in allen Organsystemen Heimatrecht genoß. *Babinski* führt diese Tatsache (4, b) auf die Bequemlichkeit der Ärzte zurück, die sich um eine einheitliche Definition der Hysterie gar nicht bemühten und mit der Resignation eines *Lasègue* (4, a, b, d) sich begnügten: „La définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée et elle ne le sera jamais"; „elle est une corbeille dans laquelle on jette des papiers qu'on ne sait où classer". Eine von *Babinski* tief bedauerte Einstellung, zumal bei einem so genialen Mann wie *Lasègue*. Diese kommt auch in einer nichtssagenden Umschreibung der Krankheit von *Littré*[98]) zum Ausdruck: „Die Hysterie ist der Ausdruck von Merkmalen, die einer Sache zukommen, ihr allein angehörig sind mit Ausschluß von allem anderen" (4, a). Eine Definition der Hysterie fehlte nach *Babinski* bisher, weil sie, mit anderen Neurosen vermengt, eine Summe von Symptomen darstellte, von denen keines charakteristisch war, die sämtliche einer umnebelten Vorstellung („nuageuse conception") von der Krankheit entsprangen. Die als „hysterisch" taxierten Erscheinungen seien hier wiedergegeben, damit dann ersichtlich wird, wie weitgehend *Babinski* die Symptomatologie der Hysterie beschnitten hat; man rechnete dazu Lähmungen aller Art, degenerierte Atrophie, Reflexstörungen, Haut- und Schleimhautanästhesien, Hyperästhesien, vasomotorische Störungen (Angina pectoris, Tachycardie, Erytheme), viscerale Störungen (auch Eingeweideblutungen), mannigfache sensorische Störungen, trophische Affektionen, Nierenfunktionsstörungen und Fieber.

Babinski sieht sich zur Klärung des Hysteriebegriffes vor verschiedene Aufgaben gestellt:

1. geht *Babinski* daran, die Differentialdiagnose der Hysterie zu bereichern. Wo bisher nur Begleitmomente dazu gedient hatten, stellt er, von der organischen Semiotik ausgehend, präzise Beobachtungen und Schlußfolgerungen hin. So stellt er z. B. für die organische Hemiplegie, für die Anästhesien und anderes alle typischen Zeichen zu einem einheitlichen Bild zusammen.
2. kritisiert *Babinski* die beiden Hauptgruppen des bisherigen Hysteriebildes: die Stigmata und die transitorischen Symptome (*Charcot*) und bezeichnet die ersteren als Produkte der Suggestion, die zweiten als vollkommen unbrauchbar für eine Definition, da ja andere Affektionen (Nephrolithiasis, Arthritis urica) auch solche aufweisen (4, b), und die in der Definition von *Pitres* festgehaltenen Kriterien der Nichtbeeinflussung von Geistes- und Ernährungszustand (s. oben S. 89) auch bei Neurasthenie und Hypochondrie z. B. vorkommen. Auch die dort als Kriterium genannte

98) Dictionnaire de la langue française.

psychische Entstehung kommt bei organischen Leiden (so bei Diabetes Gefäßstörungen nach Gemütsbewegungen) und bei der Hemiplegie nach Gemütsbewegungen und Aufregung vor (4, a).

3. Muß man sich fragen, ob es sich bei dem bisherigen Symptomenbild der Hysterie überhaupt um etwas Homogenes handle und nicht um eine künstliche Zusammenstellung verschiedener, getrennter Elemente (4, e). Zur Abgrenzung eigentlich psychogener Affektionen prüft *Babinski* diese auf ihre Erzeugbarkeit durch Suggestion und unterscheidet, je nach dem Ausfall, zwei Gruppen. Diese beiden Gruppen sind durch eine scharfe Linie voneinander getrennt, ohne jede gemeinsame Merkmale, wie eine sorgfältige Analyse *Babinski*'s der durch Suggestion erzeugbaren Eigenschaften ergab; dabei ist das Willensmoment bedeutsam („en cherchant à déterminer . . . . les phénomènes en apparence pathologique que la *volonté* seule est capable d'engendrer et de faire cesser ensuite"). Dagegen läßt *Babinski* die Fragen offen, ob sich die durch Suggestion provozierbaren Symptome durch irgendein spezifisches Charakteristikum von den anderen unterscheiden.

Von der Suggestion wohl abzugrenzen ist die seelische Erschütterung. Für *Babinski* spielt sie nur insofern eine Rolle, als sie ein Terrain abgibt für die Einwirkung der Suggestion und bei der Formung der suggestiv entstandenen Zustände akzessorisch mitwirkt. Wenn man retrospektiv vorgehend, sich an die Anamnese hält und diese von durch Erregung entstandenen Symptomen spricht, dann ist dadurch das Fehlen suggestiver Momente noch nicht erwiesen. Man muß prospektiv vorgehen, indem man an einer ätiologisch geeigneten „Katastrophe" die Zahl der dadurch hysterisch Gewordenen kontrolliert. Dann zeigt sich, daß sogleich nach einem solchen Ereignis diese Zahl sehr gering ist und daß erst einige Zeit nachher — nach der Meditationsphase —, nachdem eine Suggestion von anderen her möglich geworden ist, zahlreiche hysterische Symptome zu verzeichnen sind (4, e). Gegen die seelische Erschütterung spricht auch die Tatsache, daß die Erregung doch durch alle Zeiten und Orte dieselbe ist, die Mannigfaltigkeit der hysterischen Phänomene aber ganz gegen eine so homogene Ursache spricht.

So kommt *Babinski* zum Schluß: „Eine tiefe, aufrichtige seelische Erschütterung läßt keinen Platz für die Hysterie" (4, e), eine Feststellung, die ihm besonders an diesbezüglichen Beschreibungen vom Erdbeben von Messina eindrücklich geworden ist, wo Wochen nachher noch keine hysterische Reaktionsform festzustellen war.

In diesem Zusammenhang (4, d) beschreibt er auch die Zustände, in denen nur Alterationen von Reflexen vorhanden waren; und diese Zustände, in denen Reflexsteigerungen allein festzustellen sind, die mit Suggestion nichts zu tun haben, bezeichnet *Babinski* als besondere „reflektorische Störungen" und stellt sie den hysterischen und „emotiven" Affektionen gegenüber.

4. Grenzt *Babinski* auch die Simulation scharf von der Hysterie ab: „le simulateur a conscience de la nature de ses plaintes et de ses actes, tandis que le sujet suggestionné en est inconscient ou plutôt subconscient" und beurteilt beide Zustände hauptsächlich nach sittlichen Grundsätzen, gibt aber immerhin zu, daß eine scharfe diagnostische Trennung oft nicht möglich ist.

Mit diesen vier Überlegungen ist die „Entrümpelung" („démembrement") in der Hysterie vollzogen, und auf einer einheitlichen klinischen Basis läßt sich auch eine umfassende Definition aufbauen. Diese lautet, wie wir bereits angedeutet haben, in älterer Fassung (4, b) folgendermaßen:

L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs".

Hier wird noch in die beiden Klassen von Symptomen gegliedert, eine Unterscheidung, die *Babinski* später fallen gelassen hat (s. unten). Die primären Symptome sind die Bedingung, auf denen allein die sekundären entstehen können (z. B. Muskelatrophie aus Lähmung); zwischen beiden muß eine innige Verbindung bestehen. Unter „persuasion" versteht *Babinski* die „Insinuation" von etwas Vernünftigem, während die Suggestion etwas Unvernünftiges aufzudrängen versucht (4, c). Einzig die Persuasion kann heilen, die Suggestion kann nur krank machen. Und nur die Hysterie kann durch Überredung allein geheilt werden (4, a): „Es gibt keine einzige, genau definierte Nervenkrankheit, die außerhalb der Grenze der Hysterie liegt, die man durch Psychotherapie allein beheben könnte . . .", „. . . . wenn sie auch nützlich sein mag, so ist sie doch nie ausreichend: Beweis dafür ist, daß in einem Falle dieser Art durch Überredung nie eine Heilung erzielt wird" (z. B. bei Neurasthenie wohl Beruhigung, nie aber Heilung). Aus dieser Spezifität leitet *Babinsky* auch seinen Terminus „*Pithiatismus*" (von *πείθω*: ich überrede) ab, eine Bezeichnung, die er wiederholt

sehr empfiehlt. Noch mehr herausgestrichen wird dieses Kriterium in der späteren Formulierung (4, e; 1913), die jetzt neurologisches Allgemeingut geworden ist:

„Die Hysterie ist ein pathologischer Zustand, der sich ausdrückt durch Störungen, die man durch Suggestion reproduzieren kann (bei einzelnen Individuen mit vollkommener Genauigkeit) und die sich durch Überredung (Gegensuggestion) wegbringen lassen".

Der Wortlaut ist wohl zu beachten, wenn die Hysterie durch Suggestion erzeugt werden *kann*, heißt das noch nicht, daß sie es *muß*. Sie spielt anerkanntermaßen in der Genese der Krankheit eine wichtige Rolle und zwar als

1. ärztliche Suggestion. Eine Feststellung von ungeheurer Bedeutung für die ganze Hysterie-Forschung, die *Babinski* wohl als Lehre aus der langjährigen Beobachtung der „Zucht-Hysterie" an der Salpêtrière mitgenommen und auf die als Erster hingewiesen zu haben, er das Verdienst hat. Sind doch dadurch die sozial so wichtigen Hysterie-Epidemien von der Bildfläche verschwunden, ganz abgesehen von der Bedeutung für die ärztliche Diagnostik und die begriffliche Abgrenzung des Krankheitsbildes, eine Tatsache, auf die auch *Bing* (5, u) immer wieder gebührend aufmerksam gemacht hat.
2. Autosuggestion, besonders bei der „hystérie co-organique", einer Superposition der Hysterie auf organische Affektionen. Dort ist oft der organische Kern der Krankheit sehr klein, erst durch Überlegung des Kranken, die Aufregung der Umgebung — eine weitere *Fremdsuggestion* neben der ärztlichen! — werden dem Krankheitsbild psychogene Züge bis zu seiner Unkenntlichkeit beigemischt. Daß es (Auto)-Suggestion ist, folgert *Babinski* aus der Identität der Erscheinungen mit den in der Hypnose erzeugten.

Aber auch bei dem Kriterium der Heilbarkeit durch Persuasion möchte *Babinski* auf das „*Können*" hinweisen (4, a, c). Denn in Fällen, wo ein Kranker auf Psychotherapie hin nicht geheilt wird, aber schon gleiche Beobachtungen als sicher pithiatisch festgestellt sind (von *Babinski*), da zieht er per analogiam den Schluß, auch hier liege ein hysterisches Symptom vor. Als Beispiel für dieses „offene Türchen", diese Fakultativität an der *Babinski*'schen Hysteriedefinition wird von ihm selbst (4, a) die brachiale Monoplegie der Hysterie genannt, wo ihm auch bei Nichtreagieren auf Überredungstherapie allein aus der Tatsache des Fehlens der typischen organischen, zentralen oder peripheren Symptome der hysterische Charakter der Affektion feststeht.

Dies ist sicher eine Schwäche an *Babinski*'s Hysterie-Definition, diagnostisch allerdings ohne Wichtigkeit kraft der ausgebauten, organischen Semiologie, theoretisch immerhin ein Manko für eine

auf Universalität Anspruch erhebende Definition. Daß *Babinski* selbst darauf nicht allzu großes Gewicht legte, sondern mehr auf eine für die diagnostische Praxis zugespitzte Einheitlichkeit der klinischen Auffassung tendierte, ergibt sich aus der Selbstkritik und dem Geständnis, er habe bisher nur die Erscheinungen definiert, nicht aber das Wesen der Krankheit selbst ((4, a). Vom einen zum anderen sei jedoch nur ein kleiner Schritt, denn „ohne hysterische Kundgebungen" sei die Hysterie nur „ein abstrakter Begriff", als solcher aber „ein Seelenzustand, vermöge dessen man fähig ist, hysterische Manifestationen darzubieten".

Aber auch gegen weitere Einwände hat er sich zu verteidigen und tut dies in selbstsicherer Weise (4, b):

1. Auf den Hinweis, bei der Psychotherapie sei nicht nur die reine Argumentierung im Spiel, sondern ein gut Stück Wunderglaube helfe dabei mit, gibt *Babinski* dies vollkommen zu, muß aber von der subjektiven Einstellung zum ärztlichen Procedere abstrahieren und dieses terminologisch als „Überredung" doch belassen.
2. Die Psychotherapie ist bei anderen Kranken wohl wirksam, von definitivem Heilerfolg aber nur bei der Hysterie.
3. Seine Abgrenzung der Hysterie ist nicht das Produkt einer Kaprize, sondern beruht auf bestimmten spezifischen Merkmalen.
4. Wenn der Hysterie das Charakteristikum, eine „entité morbide" zu sein, abgeht und sie daher nicht wohl definiert werden kann *(Bernheim)*, so muß sie als nosologische, praktisch gebräuchliche — wenn auch ihrer Etymologie nach veraltete — Bezeichnung doch durch eine Definition abgegrenzt werden.

Schließlich sei noch auf die Stellung *Babinski's* zu der oben (S. 94) erwähnten Hypnose und dem Hypnotismus hingewiesen, da dieser den Ausgangspunkt für die Ansichten *Charcot*'s gebildet hatte und durch *Bernheim* mächtig gefördert worden war: Hysterie und Hypnotismus sind ihrem Wesen nach identisch, beide sind Ausdrucksweisen gesteigerter Suggestibilität. Dieser kann durch verschiedene Manipulationen entstehen (4, b) und läßt sich folgendermaßen definieren: „Der Hypnotismus ist ein psychischer Zustand, der denjenigen, der sich darin befindet, befähigt, der Suggestion eines Zweiten sich zu unterwerfen. Er gibt sich durch Erscheinungen kund, die durch Suggestion entstehen, durch Überredung verschwinden und mit den hysterischen identisch sind".

Wenn wir auf *Babinski* zusammenfassend zurückblicken, so dürfen wir sagen, daß er an Stelle der exklusiven Diagnose *Sydenham*'s und der Stigmendiagnose *Charcot*'s eine positive, an einer Definition orientierte Diagnostik der Hysterie setzte, aufgerichtet aus einer Limitation der organischen Affektionen und einer De-

struktion der ärztlichen Suggestion und vollendet am 7. November 1901. Damit ist auch schon das Verdienst des Meisters der *Pitié* um die neurologische Diagnostik (inkl. Neurosenbegutachtung) und die Entlastung der sozialen Institutionen hervorgehoben. Und *Babinski* durfte sich freuen, schon kurz nach ihrem Bekanntwerden (*Brissot, Dupré, Ballet, Souques, Meige*) als auch später (*Clovis Vincent, Froment, Charpentier, Briand, Rouquier, Cesbron, Chiray, Dutil, Laubry, Espenel, Ferrand, Logre, Imbert* u. A.) seine Auffassung mit Beifall aufgenommen und in Ehren gehalten zu sehen.

Auf seine letzte Fassung des Hysteriebegriffes und die später weiterhin von der Hysterie abgegrenzten „physiopathischen Störungen" werden wir an besonderer Stelle eingehen (s. S. 126 f.).

Die neuere Kritik an seiner Auffassung haben wir an anderer Stelle (S. 67—69) ausführlich dargelegt und können hier nur beifügen, daß *Bing* (5, u) dort im Namen all der auf Seite 70—71 genannten Autoren jene so eindeutigen und gewichtigen Argumente als das stolze Gebäude *Babinski*'s gewaltig erschütternde Axtstreiche anführt.

4. Bernheim (Schule von Nancy).

Der hauptsächlich von seinen Arbeiten über den Hypnotismus bekannte *Bernheim* hat sich auch ziemlich intensiv mit der Hysterie beschäftigt:

Er ist 1891 der Erste, der gegen die *Charcot*'sche überspitzte Systematik Einsprache erhoben und auf die Bedeutung der „ärztlichen" Suggestion hingewiesen hat bei all' dessen zahlreichen Symptomen. Auch heilen kann die Suggestion in weitestgehendem Maße, so z. B. die Hemianästhesie als Begleiterscheinung cerebraler Blutungen — was *Babinski* als „Pfropfhysterie" auffaßt! — und zwar auf Grund des folgenden Mechanismus: die Empfindungslosigkeit bei der Hemiplegie beruht auf der mit Apoplexie einhergehenden nervösen Erschütterung der benachbarten Leitungsbahnen, dem dadurch entstehenden „funktionellen Stupor" bestimmter Fasern, und zwar derjenigen, die die Empfindung von den sensiblen Zentren zur Bewußtseinssphäre übertragen. (Vgl. das Bild von dem auf eine glatte Wasserfläche geworfenen festen Gegenstand und die darum herum entstehenden konzentrischen Wellen.) Der Suggestion gelingt es nun, die vorübergehend inaktiven Leitbündel ihrer Funktion wieder zu erschließen.

Ein Dezennium später (1903) beginnt *Bernheim* seine Ansichten zu ändern: Er kommt schließlich zur fast völligen Verneinung der Suggestion als pathogenem Faktor. Jedenfalls entsteht der erste Anfall eines Individuums nie durch suggestive Einwirkungen, sondern immer nach seelischen Erschütterungen spezieller Art (nach Schreck, Kummer, Schmerz, Zorn und Angst), aber stets nur auf schon krankhafter Grundlage als Steigerung einer psychodynami-

schen Reaktion, die schon innerhalb der Norm vorhanden ist („Jeder ist etwas hysterisch"). Bei ausgesprochenen Hysterikern ist sie als „hysterogener Apparat" ausgeprägt, wie er als Folge von seelischen Schädigungen, Infektionen oder Traumen sich herausbildet. Dementsprechend, aus dieser Unmöglichkeit der Abgrenzung heraus, ist die Hysterie auch keine Krankheitseinheit und entbehrt jedes charakteristischen Merkmals. Die Suggestion spielt erst sekundär eine Rolle, und *Bernheim* will eine „absorption de tout le dynamisme nerveux par une prétendue entité morbide" nicht gelten lassen bei der Wiederholung der Anfälle; infolge dieser erwirbt sich aber das Individuum schließlich „une vraie diathèse hystérique".

So sind einzig die Anfälle für *Bernheim* eigentliche hysterische Symptome, und wiederholen können sie sich nur, wenn das erstmals betroffene Individuum hysterisch ist, also jenen hysterogenen Apparat besitzt, oder mit anderen Worten: der (Auto-)Suggestion zugänglich ist. Denn die übrigen hysterischen Zeichen, die sogenannten Stigmata, sind reine Produkte der Suggestion und durch eine richtige Untersuchungstechnik (die *Bernheim* in extenso vorschreibt) zu vermeiden.

Aus dieser alleinigen Anerkennung der Anfälle als hysterische Produkte heraus kommt *Bernheim* dann zu folgender Definition des Hysterikers: „Un hystérique est un sujet qui éxagère certaines réactions psychophysiologiques, qui a un appareil hystérogène très développé et facile à actionner par certaines émotions" und leitet aus der Tatsache, daß ein hysterisabler, durch Suggestion gekennzeichneter Zustand die Basis der Hysterie bildet, sein therapeutisches Schlagwort ab: „La thérapeutique de l'hysterique n'est pas une suggestion mais une désuggestion".

Wenn wir die lebhaften Polemiken zwischen *Bernheim* und *Babinski* überblicken, so ist es uns eigentlich als Fernstehenden nicht klar, weshalb zwei Autoren, deren Ansichten sich gar nicht prinzipiell, jedenfalls nicht in einer für die Praxis bedeutsamen Weise unterscheiden, sich so lebhaft bekämpfen konnten. *Babinski* ist die Suggestion das Primäre, das emotionelle Moment das Sekundäre. *Bernheim* sieht die Sache umgekehrt an, fordert aber als Bedingung für das weitere Bestehen der Hysterie eine starke Suggestibilität. So stellen letzten Endes beide auf dieselben Momente ab, und auch wenn *Bernheim* das klinische Bild der Hysterie noch etwas weiter einschränkte als *Babinski*, so läßt sich dieser Streit nur aus persönlichen, vom Ehrgeiz unterhaltenen Motiven begründen und hat mit wissenschaftlichem oder gar praktischem Prioritätsanspruch nichts zu tun. Letzten Endes möchten wir aber das Verdienst, die Bedeutung der Suggestion für die Hysterie aufgedeckt zu haben, doch dem von seinen Hypnosen-Experimenten aus darauf hinweisenden *Bernheim* zuerteilen: eine Tatsache, durch die *Babinski*'s Verdienst um die Abgrenzung der Hysterie in keiner Weise geschmälert wird.

5. Pierre Janet (34).

Als Vertreter der Psychologie an der Sorbonne und Vorsteher des psychologischen Laboratoriums der Salpêtrière hat *Janet* sich durch zahlreiche Arbeiten zum ersten Mal in der Hysteriegeschichte zu einer ausschließlichen, bis in Einzelheiten ausgebauten *psychologischen Auffassung* der Hysterie bekannt. Damit ist *er* eigentlich, ob anerkannt oder nicht, zum Begründer dieser neuen Richtung der Hysterieforschung geworden. Denn die vor ihm publizierten, in diesem Sinn verfaßten Aufsätze deutscher Autoren tragen nicht den Charakter einer ausführlichen, an den Tatsachen gemessenen Theorie an sich; und die ersten französischen Arbeiten (*Bernheim*, 1891) können auf die Bezeichnung „Theorie" auch keinen Anspruch erheben, weil sie auf einem ja gar nicht scharf abgegrenzten Suggestionsbegriff ihre Gedankengänge aufbauen. Außer dieser historischen Dignität möchte ich *Janet* als Vorbild eines, beurteilt aus seinen Darlegungen über die Hysterie, in sich gefestigten, aber nicht versteiften und für neue Ansichten zugänglichen Wissenschaftlers hinstellen, dessen philosophische Toleranz gegenüber der einseitigen Engstirnigkeit seiner an demselben Objekt sich betätigenden (medizinischen) Zeitgenossen wohltuend berührt. Neben dieser formellen sei in allgemeiner Beurteilung auch auf die inhaltliche Seite von *Janet*'s Auffassung hingewiesen, da er mit seiner Bemühung um ein synthetisches Bild von der Hysterie (29, b) unserm modernen, unter Berücksichtigung physiologisch-genetischer Tatbestände aufgestellten Psychogenie-Begriff, von allen Schülern *Charcot*'s am nächsten kommt. Doch treten wir jetzt an die Ausführung seiner Gedankengänge selbst heran, und daraus mag man sich dann ein Bild machen davon, ob die von uns vertretene Einstellung zu *Janet* berechtigt ist oder nicht.

1893 erscheint die erste Auflage des „Etat mental", und schon hier ist die Lehrmeinung *Janet*'s vollständig enthalten, die eine neue Aera der Hysteriegeschichte eröffnet: die schon ihrer Überschrift zu entnehmende Hinwendung auf die geistigen Qualitäten der Hysteriekranken. Um gleich grosso modo den Inhalt von *Janet*'s Theorie vorweg zu nehmen, sei eine kurze Formulierung an den Anfang gestellt: Die Grundphänomene der sämtlichen geistigen und körperlichen Symptome und Folgeerscheinungen sind:

1. eine Einengung des Bewußtseinfeldes infolge einer bestimmten Art von psychischer Degeneration.
   Daraus sind die Stigmata abzuleiten.

2. eine funktionelle Dissoziation zwischen der zentralen rezeptorischen Region der Körperempfindung und derjenigen ihrer Bewußtwerdung und assoziativen Komposition.
   Daraus ergeben sich die hysterischen „Folgezustände" („accidents mentaux").

Oder um eine prägnante Zusammenfassung *Lewandowski*'s (27; S. 725) in von mir etwas modifizierter Weise zu benützen: die Hysterie ist eine Form geistiger Dissoziation infolge einer Schwäche der psychischen Synthese, die dazu führt, daß das Bewußtseinsfeld eingeschränkt, eine Anzahl elementarer Phänomene nicht mehr wahrgenommen werden und so voneinander unabhängige Vorstellungsgruppen sich bilden, die im Bewußtsein alternierend oder gleichzeitig vorhanden sind, woraus eine Spaltung („dédoublement") der Persönlichkeit resultieren kann.

ad 1): Unter Bewußtseinsfeld versteht *Janet* die Summe der in einem Augenblick vereinigten einfachen psychischen Inhalte, die zugleich in *einer* persönlichen Rezeption mit unserer Person verknüpft werden können. Durch die Einengung des Bewußtseinsfeldes erfolgt eine bestimmte „Eklektik" (*Binswanger*, 6. b), innerhalb der die vitalsten Empfindungen noch erhalten sind. Ausdruck und Grundlage dieses „Rétrécissement du champ de la conscience" ist eine pathologische Zerstreutheit („distraction", „distractivité"), eine im hysterischen Syndrom dominierende Erscheinung, die *Janet* folgendermaßen charakterisiert: „L'hystérique a un état exagéré de distraction qui n'est pas momentané et ne résulte pas d'une attention volontaire dirigée uniquement dans un sens. C'est un état de distraction naturelle et perpétuelle qui empêche des personnes d'apprécier aucune autre sensation en dehors de celle qui occupe actuellement leur esprit" [99]). Von dieser krankhaften Zerstreutheit, dieser Beschränkung des Bewußtseinsfeldes, leiten sich die Stigmata ab: „Les stigmates se présentent comme des afaiblissements, des suppressions au moins apparentes de sensation, des souvenirs, des mouvements. C'est la preuve d'un amoindrissement des fonctions nerveuses, d'un épuisement des organes". Sie sind *die* Merkmale der hysterischen Persönlichkeit, die durch alle Zeiten und Völker genau gleich geblieben sind. Gleich in ihrer Variabilität, Beweglichkeit und sogar Widersprüchlichkeit. Aus diesem dynamischen Charakter heraus ist auch das Postulat einer anatomischen Läsion für sie unmöglich. Diese *geistigen Stigmata* sind folgende:

a) eine Abulie (Willensschwäche), die sich äußert in einer Erhaltung der früheren, einem Verlust der rezenten Akte und einer Konservation der unterbewußten Taten neben Verlust der persönlichen Aufnahme der Ereignisse. Für die Leistungen des Hysterischen ergibt sich daraus eine Unfähigkeit, eine begonnene Aktion vorzeitig, trotz besserer Einsicht abzuschließen.

b) Intelligenz und Aktivitätsveränderungen, die sich aus a) ableiten lassen und zwar im Sinne einer Verunmöglichung des Neuerwerbs geistiger Fakta, einer Steigerung der auto-

99) L'automatisme psychologique, zit. nach *Cesbron.*

matischen Funktionen und der Erzeugung von zum Motiv inadaequaten Handlungen.

Die Kranken machen keine Fortschritte mehr, verfallen in unbeherrschte, kontinuierliche, vage Träumereien und reagieren auf unerklärliche Weise in Gestalt weniger, zur Auswahl stehender Äußerungen. Dadurch kommt der unberechenbare, widerspruchsvolle Charakter der Hysterie zustande.

c) Erst aus der Abulie und intellektuellen Reduktion heraus ist die Hypersuggestibilität des Hysterikers zu erklären. Eine für *Janet* immer sekundäre Erscheinung von trotzdem überragender Bedeutung.

Bei der dieser Eigenschaft zugeteilten Wichtigkeit ist es etwas befremdlich, daß *Janet* die Rolle der Suggestion als ätiologischen Faktors in der Hysterielehre sozusagen ganz ablehnt und nur für die Entstehung weniger Symptome teilweise anerkennt.

Daß *Janet* die Suggestion als Kriterium für die Definition des Hysterischen ablehnt, erscheint uns trotz der fundamentalen Bedeutung, die ihr als solcher von *Cesbron* (12) zuerteilt wird, einigermaßen verständlich bei der so ausschließlich auf intern-psychologische Zusammenhänge gerichteten, vielseitigen Denkweise *Janet*'s und der doch nicht zu leugnenden Primitivität der Erklärung durch die omnipotente Suggestion (*Bernheim*, *Babinski*). Die Definition *Babinski*'s lehnt *Janet* ab, weil

1. diese gegenüber *Bernheim* („Jede hysterische Erscheinung ist ein Suggestionsprodukt, bestimmt durch die Vorstellung, die das Subjekt von seinem Fall besitzt oder die der Arzt ihm in den Kopf gesetzt hat: der Hysteriker verwirklicht seine Symptome so, wie er sie erfaßt hat") und gegenüber *Moebius* (durch die Vorstellung bedingte Symptome, siehe S. 109 ff.) keinen Fortschritt darstellt;
2. keine wesenhafte Identität zwischen den hysterischen und den durch Suggestion erzeugten Symptomen besteht trotz äußerlicher Ähnlichkeit;
3. eine Sache nicht durch die Art ihrer Erzeugung zu definieren ist (vgl. Tod = ein durch die Guillotine hergestellter Zustand, *Claparède*), zumal da man nicht weiß, ob sie auf Grund anderer Art nicht noch viel besser erreicht werden kann;
4. weil man nicht bei allen Leuten, sondern nur bei den Hysterischen durch Suggestion Symptome erzeugen kann, sodaß dieser Begriff wieder in die Definition aufzunehmen wäre, woraus ein Circulus vitiosus (eine falsche petitio principii!) entstünde. Auch praktisch ist die Heilbarkeit durch Suggestion der bestimmten Symptome kein Kriterium, da der

eine Arzt sie erreicht, der andere nicht. In diesem Sinn gilt sie höchstens bei schon vorbehandelten Patienten, die auf Suggestion alle mehr oder weniger leicht ansprechen.

Janet möchte den funktionellen Charakter der hysterischen Phänomene hervorheben, eine Umschreibung, die uns diese dem Verständnis allerdings nicht näher bringt, als diejenige durch Suggestion, der *Janet* ihre begriffliche Verwaschenheit vorwirft. Die Suggestion versucht er zu definieren („réaction particulière de l'esprit humain à certaines perceptions qui consistent dans le développement soit déterminé par la collaboration du reste de la personnalité"; zit. nach *Lewandowski* [27]), tut dies aber leider nicht von der „Funktionalität", sodaß wir in dieser Weise, trotz des hier wirklich der Diskussion werten, allerdings spezifisch *Janet*'schen Abgrenzungsversuchs des zweifellos wandelbaren Suggestionsbegriffs, nicht weiter kommen.

Aber auch die „Vorstellung", der „Gedanke" (vgl. *Moebius*), sagt *Janet* letzten Endes nicht mehr. Denn bei Überprüfung der Kranken daraufhin ergibt sich ein völliges Fehlen einer klaren Vorstellung von ihrer Affektion (traumatischen oder anderen Ursprungs), sowie das Auftreten von (auch dem Arzt) ganz neuartigen Störungen: „. . . die Krankheitssymptome überschreiten weit die Bilder, die der Hysterische davon hat".

Diesen „pseudowissenschaftlichen" Interpretationsversuchen — dabei denkt *Janet* wohl auch an *Grasset*, *Binswanger* u.Ähnliche! — der Hysterieerscheinungen gegenüber, die so ganz dem Zufall der Gedanken ausgelieferte Gestalt erhalten, fällt *Janet* (34, b) immer wieder ihre „rigoröse Umgrenztheit", ihre an allen Orten und zu allen Zeiten denselben Bedingungen unterworfene Gestaltung auf. Diesen Gegebenheiten müssen *physiologische und psychologische Gesetze* zugrunde liegen, von denen die Betroffenen nichts wissen, und über die wir nach jahrhundertelanger Bemühung höchstens einige spärliche Gesetze entdeckt zu haben glauben. Denn trotz der hoch entwickelten Kenntnisse von Zeichen bestimmter nervaler Störungen, von ihrer anatomischen Gestalt, sind wir hier noch ganz dunklen Vorstellungen überlassen, die dann auch zu ganz imaginären, von höchster wissenschaftlicher Indulgenz zeugenden hypothetischen Erzeugnissen über die Natur dieser so komplexen Erscheinungen geführt haben: ein Tummelplatz für eine oberflächliche Betrachtungsweise, die ihre Blöße hinter scheinbarer präziser anatomischer Terminologie versteckt und mit der „Annahme der Abdrängung ganz bestimmter Zentren" nur so um sich wirft. Dann schon lieber die psychologische Betrachtungsweise, die zwar niedriger steht, weniger wissenschaftlich ist, als die anatomisch-physiologische, aber mangels eines Besseren jener doch vorzuziehen ist, die sich mit Worten für fehlende Begriffe zu entschädigen sucht. Und wie die Entwicklung der letzten Jahre gezeigt hat, bricht sich die von seelisch-geistigen Tatsachen ausgehende For-

schungsrichtung allmählich Bahn, hat zwar leider auch hier durch Einbeziehung zu weiter Gebiete schon zu bedauerlichen Auswüchsen geführt, gegen die mit aller Strenge anzukämpfen ist (geschrieben 1917).

Schließen wir die Betrachtung der der Suggestibilität zugeteilten Bestimmung mit den Worten *Janet*'s: „Il faut avouer qu'il y a une maladie particulière qui réunit d'une façon merveilleuse les deux conditions essentielles de la suggestion, la conservation de l'automatisme et la diminution de la synthèse personnelle: c'est l'état hystérique“ [100]). Zugleich eine abschließende Zusammenfassung der *Janet*'schen Lehre von den hysterischen Stigmen.

ad 2): Das zweite elementare Charakteristikum der Hysteriepersönlichkeit ist die Dissoziation der physisch-psychischen Zusammenhänge einerseits und der geistigen Funktionen unter sich anderseits.

Aus der ersten leitet *Janet* die körperlichen Symptome (a), aus der zweiten die Spaltung der Persönlichkeit (s. b) ab: beide sind Folgeerscheinungen (*accidents*) der unter 1. genannten geistigen Spezifika und eng miteinander verknüpft.

a) Es seien hier einige Einzelheiten aufgezählt, damit wir *Janet*'s Vorstellungen, die als allgemein formulierte Tatsachen etwas Schwierigkeiten machen, besser verstehen. Einzelne beobachtete *Tics* sind Folgen emotiver Zustände und knüpfen sich in mehr oder weniger lockerem Zusammenhang immer an bestimmte Ereignisse. Das Gegenstück, die *Lähmungen*, „hängen von psychologischen Störungen ab“ und zwar von „Amnesien“, Zustände, in denen die (Bewegungs-)Vorstellung infolge einer assoziativen Störung zwischen Ich-Bewußtsein und übrigem Vorstellungsinhalt ausgeschaltet ist, als Folge von zentraler Erschöpfung, Amyosthenie oder „fixen Ideen“. Bei den *Kontrakturen* kann zu diesen psychischen Störungen als Grundlage ihrer Kontinuität eine „dégradation des fonctions“ hinzu kommen, im übrigen bestehen gleiche Mechanismen. Bei beiden liegt also die Störung nie im Übertragenden (Projektionssystem), sondern immer im dirigierenden Teil, der Wille tritt nicht in Funktion (vgl. *Brodie*, S. 36). Organische Läsionen kommen dabei nie in Frage, denn es sind vollständige, sehr schnelle Heilungen und unterbewußte Heilungen (bei passiver Aufmerksamkeit) möglich. Die Bilder für die Bewegungen gehen hier verloren, sind losgelöst vom Bewußtsein; diese lokalisieren sich für bestimmte komplizierte Funktionen in auch automatisch abzugrenzenden corticalen Zentren (z. B. für das Velofahren in anschaulicher Weise ausgeführt).

---

100) Les accidents mentaux, zit. nach *Cesbron* (12).

Ebenso ist bei den *Sensibilitätsstörungen* nur das Bewußtsein um die Empfindung ausgeschaltet, die auch hier für vitale Interessen intakt bleibt als unterbewußte Empfindung (Beweis für den funktionellen Charakter!). Diese Beeinträchtigung der Körperempfindung nimmt im Verlauf der Krankheit zu (fehlt anfänglich, ist variabel je nach Aufmerksamkeitszustand und im letzten Stadium stabil als Ausdruck psychischer Degeneration) und ist ein „hochentwickelter, dauernder Zustand psychischer Ablenkung" (zit. nach *Binswanger*; 6, b).

In ähnlicher Weise werden Anfälle, Delirien, Sprach- und intestinale Störungen erklärt: alle sind sie Ausdruck einer Dissoziation und diese ihrerseits eine Parallele der geistigen Stigmata, besonders der Zerstreutheit. Für alle diese körperlichen Erscheinungen und auch die Zerstreutheit gibt *Janet*, übrigens in Anlehnung an *Babinski*, zahlreiche differential-diagnostische Merkmale an. (Von der Zerstreutheit Gesunder z. B. unterscheidet sich die der Hysterischen dadurch, daß die Gedanken bei jenen sich noch innerhalb des Bewußtseins befinden und seinen in verschiedenem Maße gewollten Interesse als aktive Auswirkung entsprechen).

Die „accidents mentaux" sensu strictiori sind die „fixen Ideen" (*„idées fixes"*), eine von *Janet* z. T. aus den älteren Schulen übernommene Ansicht. Sie sind meist unterbewußte Produkte der voneinander unabhängigen Vorstellungsgruppen und als solche wieder Grundlagen der unter a) aufgezählten somatischen Phänomene kraft ihres großen körperlichen Eindringungsvermögens.

In geistiger Beziehung führen sie durch ihre Unabhängigkeit vom Bewußtsein und den unter sich gebildeten Zusammenschluß zu einer *Spaltung der Persönlichkeit*, und daraus können Wahnvorstellungen und andere geistige Störungen erwachsen, Steigerungen der schon bei leichten Hysterien beobachteten Widersprüchlichkeit — der „alternance perpétuelle" — ihres Charakters, sowie ihrer somnambulen Erscheinungen, die *Janet* in direkte Abhängigkeit von den „festhaftenden Vorstellungen" setzt.

Alle diese körperlichen und geistigen „Folgefälle" der Hysterie sind als erhaltene Funktionen im Schlaf und durch Hypnose wieder zu erreichen und werden dabei als normale Fähigkeiten wieder manifest, ein Beweis nicht nur für den funktionellen Charakter aller dieser Zustände, sondern auch für ihre dissoziative Natur. Denn im Schlaf läßt sich durch Wiederherstellung des sie zusammenhaltenden Bündels (= einheitliches Bewußtsein) die Integrität der Persönlichkeit wieder herstellen, wie neue Arbeiten von *Breuer* und *Freud* nach *Janet* ebenfalls bewiesen haben.

Stellen wir an den Schluß dieser auf vielen psychologischen Feinheiten aufgebauten Lehre *Janet*'s seine eigene Zusammenfassung: „L'hystérie est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies de dégénérescence; elle n'a que des symptomes physiques assez vagues consistant surtout en une diminution générale de la nutrition. Elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux: l'hystérie est une forme de désagrégation mentale". (Die Lähmungen etc. sind als Folgen der psychischen Dissoziation *geistige* Stigmata).

Fügen wir noch die zeitgenössische Kritik kurz bei: *Binswanger* (6, b) will die Ansichten *Janet*'s nur für die schwersten Fälle (seine Degenerationshysterie) gelten lassen und stellt für die leichteren seine eigene Theorie von den pathologischen Erregbarkeitszuständen der Hirnrinde auf (s. S. 120 ff.). *Cesbron* („*Babinski*") würde die verführerisch ausschauende Theorie *Janet*'s gelten lassen, wenn die geistigen Stigmata als solche konstant erwiesen wären, kann aber auf die der Suggestion zugemessene Bedeutung als begriffliches und diagnostisches Kriterium unter keinen Umständen verzichten. *Lewandowski* (27) findet in den Gedankengängen *Janet*'s nur eine Wiederholung von früher schon Gesagtem, und die als pathogen erklärten Mechanismen (gegenseitige Hemmung und Förderung) beobachtet er auch bei gesunden Leuten. Den permanenten hysterischen Symptomen, an Stelle von affektbetonten Vorstellungen, eine Spaltung der Persönlichkeit zugrunde zu legen, läßt er immerhin gelten (S. 760) und stellt sich somit der Hauptsache nach auf dieselbe Linie mit *Janet*, besonders auch in der Betrachtung hysterischer Dämmerzustände.

Wir, unsererseits, fühlen uns mangels eigener Erfahrung in keiner Weise maßgebend, irgendwie kritisch den Ansichten *Janet*'s gegenüberzutreten und freuen uns nur über seinen etwas weiteren wissenschaftlichen Horizont, wie er in den zitierten historischen Bemerkungen und der allgemein biologischen Perspektive zum Ausdruck kommt. Eine Voraussage, die, wie wir jetzt mit Befriedigung konstatieren dürfen, heute in weitgehendem Maße zugetroffen ist.

6. Weitere neurologische Vertreter mit etwas differenten Anschauungen (12).

Alle hier genannten Autoren haben ihre Ansichten in einer von den bisherigen etwas verschiedenen Weise geäußert und sollen hier kurz Erwähnung finden:

Während *Féré* [101]) eine psychische Ermüdung als Ausgangspunkt für die Abschwächung der Sensibilität, der Bewegungen und

101) Sensation et mouvement, 1887, S. 21 ff.

des Willens betrachtet, führt nach *Héricourt* [102]) eine Einschläferung der Intelligenz, eine Art „Faulheit" zu einer Unterdrückung einer Menge von Gefühlen innerhalb der Persönlichkeit, und zwar derjenigen Empfindungen, die am unentbehrlichsten sind, um das Feld einer Handlung abzugrenzen. Und der Ausfall einer ganzen Anzahl von hinderlichen psychischen Empfindungen bildet eine Art spontaner Autonomie. Ähnlich drückt sich *Laurent* [103]) aus: „Nous disons hystérique, car aujourd'hui c'est le seul mot scientifique pour désigner le rétréci mental, le minus habens consciential, si nous pouvons exprimer ainsi l'état mental de cet individu très intelligent, peut-être, mais dont les facultés mentales sont marquées d'un stigmate, plus fixe certainement qu'aucun de ceux que l'on est habitué à rechercher dans l'hystérique" (zit. nach *Cesbron*).

Die jüngste Theorie neben *Bernheim*, *Janet* und *Babinski* stammt von *Blocq* [104]): Das Grundphänomen der Hysterie ist eine Einengung des Bewußtseinsfeldes; also eine ähnliche Auffassung wie diejenige *Janet's*, von dem er die Elemente genommen hat, um sie in etwas neue Worte zu kleiden. Seine Definitionen von Bewußtsein usw. lauten auch ähnlich wie diejenigen seines Vorgängers, und aus der Beschränkung des Bewußtseinsgebietes ergibt sich ein Ausschluß gewisser Empfindungen, der naturgemäß keine Reaktion darauf herbeiführt. Hysterisch ist dieser Ausfall, weil dem Kranken die fehlenden Empfindungen unbewußt sind. Er kennt drei Störungen im Gefolge der Bewußtseinseinengung: die Sensibilitäts-, Motilitäts- und Intelligenz-Störungen.

Die *Sensibilitätsstörungen* „entsprechen den Vorstellungen des Kranken und nicht Modifikationen der Sinnesorgane" und entstehen durch folgenden Mechanismus: „Il y a, dans la perception personelle une opération en deux temps. Dans le premier, les excitations provoquent dans l'esprit des phénomènes simples subconscients. Dans le second, ces phénomènes sont combinés avec la notion antérieure de la personnalité et ainsi deviennent conscients. Admettons que les sensations différentes se présentent au sujet. Quelques-unes pourront ne pas parvenir à la conscience".

Die *Motilitätsstörungen* bilden sich nie nach anatomischen Gesetzen, sondern infolge einer Unmöglichkeit der Empfindung für das betreffende Glied, sich mit dem Bewußtsein zu assoziieren; auch kann die betreffende Empfindung einer Bewegung ganz außerhalb des Bewußtseins bleiben. Dasselbe gilt für Katalepsie, Kontrakturen und andere motorische Phänomene.

---

102) L'activité inconsciente de l'esprit, Rev. scient., 1889, Bd. 2, S. 262.

103) Les états seconds, 1893, S. 154.

104) L'état mental dans l'hystérie. (Gaz. des Hôp., 26. nov. 1893).

Die *intellektuellen Störungen* bestehen in Amnesien und Abulie, jene durch fehlerhafte Assimilation an die Persönlichkeit, diese durch Erhaltung der alten Handlungen plus mangelhafte Synthese der Assimilation für die neuen Handlungen (Folge der Bewußtseinseinengung) entstanden.

Die von der Teilnahme am Bewußtsein ausgeschlossenen Vorstellungen bilden neben der ersten eine zweite Persönlichkeit mit eigenen Lebensgesetzen: „La seconde personnalité, toujours cachée par la première, comme par un voile, d'autant plus forte que celle-ci est plus affaiblie, profite de la moindre occasion pour la terrasser et paraitre au grand jour". Dies ist der Wortlaut einer *Janet*'schen Darstellung, wie sie *Blocq* denn auch zusammen mit dem Begriff des Somnambulismus übernommen hat.

Auch den Stigmata *Janet*'s entsprechende geistige Eigenschaften kennt *Blocq:*

1. die Suggestibilität, der ein besonderer Werdegang zugrunde liegt: „Das Auftreten eines Gedankens führt nur zur relativ von dieser Idee abstrahierten Wiedergabe der Vorstellung, da kraft unserer Kontrolle die Kette der Assoziationen angehalten wird. Beim Hysterischen gestattet die Willensschwäche dieses Dazwischentreten nicht, die Vorstellung schreitet weiter, zu den sukzessiven Gedanken, den Halluzinationen".
2. Die gesteigerte Erregbarkeit, ein Produkt der Einengung der bewußten Vorgänge, wie auch
3. die Unaufmerksamkeit, geistige Beweglichkeit und Widersprüchlichkeit, die auf einen „Platzmangel" im Bewußtsein in Form eines Verjagens der einen Idee durch eine andere zurückzuführen ist.

Wenn wir mit der Definition *Blocq*'s schließen, so wird hier die Ähnlichkeit mit derjenigen *Janet*'s besonders deutlich: „Eine geistige Krankheit, eine Form von Geisteszerrüttung, charakterisiert durch eine Schwäche der Fähigkeit zu psychischer Synthese, verbunden mit Bewußtseinseinengung. Daraus ergibt sich die Aufhebung einer Anzahl persönlicher Empfindungen (Stigmata) und die Bildung sekundärer unabhängiger Persönlichkeiten, die miteinander abwechseln oder mit der primären zusammen existieren".

Vielleicht erscheint es überflüssig, neben *Janet* auch noch *Blocq* so ausführlich zu behandeln. Aber es sollte eindrucksvoll gezeigt werden, daß ähnliche Gedankengänge nicht nur auf philosophischem (*Janet*), sondern auch auf medizinischem Gebiet (*Blocq*) am Ausgangspunkt der „psychologischen Laufbahn" der Hysterie stehen. Und dann tragen die etwas weniger kniffligen Darlegungen *Blocq*'s auch noch zur Klarstellung der Begriffe *Janet*'s wesentlich bei.

7. Einige ältere Anschauungen von der Hysterie (12).

Die psychiatrische Betrachtungsweise hat vorwiegend in Deutschland ihre Heimat gefunden, während in Frankreich durch das ganze Vierteljahrhundert die Anschauungen eines *Babinski* ihren mächtigen Einfluß ausüben, deren Bann sich nur selten ein Forscher entzogen hat.

Aber noch vor *Babinski* sind die diesbezüglichen Bemühungen spärlich; eine Psychiatrie der Hysterie gibt es eben erst seit der Inauguration ihrer Psychologie durch *Janet*.

Für *Tabaraud* [105]) wie auch *Legrain* ist die Hysterie zum größten Teil auf hereditäre Degeneration zurückzuführen und stellt ein ihrer Ausdrucksweise nach mehr oder minder gut abgegrenztes Syndrom dar. Auch *Rubinowitsch* sieht zwischen geistiger Degeneration und Hysterie eine gegenseitige Verwandtschaft, die Hysterie als das Produkt einer „logischen Entwicklung der Degeneration".

Guinon [106]) betont die geistigen Eigenschaften der Hysteriker als das Resultat von exquisit neurotischer Affektion des Gehirns, als funktionelle Abweichung in Gestalt von veränderten zentralen Mechanismen. Ihm schließt sich vor der Spezifizierung auf seine originelle Anschauung (vgl. S. 47 f.) auch *Sollier* [107]) an (L'hystérique n'est qu'une manière de fonctionner du cerveau; il n'y a pas une maladie hystérique, c'est le mécanisme cérébral qui est hystérique, ce n'est pas l'affection"), eine Stellungnahme, die *Donkin* [108]) auf die Hirnrinde im Sinne einer fehlgebildeten Entwicklung der höchsten funktionellen Zentren einschränkt.

Also einerseits die funktionelle Störung, anderseits die erblich bedingte geistige Degeneration, zwei Betrachtungsweisen, wie sie die späteren Autoren (*Janet, Blocq*) dann zu einer einzigen verflichten, und wie sie als Dualität sich durch die ganze neuere Hysteriegeschichte — dort neurologische, hier psychiatrische „Hysterologie" — in Form zweier roter Fäden hindurch verfolgen lassen (besonders innerhalb der Literatur des deutschen Sprachbereichs), um in der schon ausgeführten, vom Extrapyramidium sich ableitenden Ansicht von der psychogenen Hemmung sich wieder zusammenfinden zu einer leider vorläufig durch einen Zwischenraum getrennten Doppelspur ohne absehbare perspektivische Vereinigungstendenz.

---

05) Rapport de la dégénerescence mentale et de l'hystérie, Paris, 1888.

06) Les agents provocateurs de l'hystérie, 1889, p. 354.

07) Amudsies, 1892, p. 323.

08) Hysteria, dictionnary of psychological medicine, Bd. 1, S. 619.

II. Die deutsche Schule.

Soweit es möglich ist, erscheint es uns zweckmäßig, jene am Schluß des letzten Kapitels schon durchgeführte und in ihrer Prognose skizzierte Gegensätzlichkeit zwischen neurologischen und psychiatrischen Vertretern auch weiterhin beizubehalten und zum definitiven Schluß dann zu zeigen, in welcher Weise etwa eine vollkommene Vereinigung der beiden heute in einem einheitlichen Doppelstrang sich dahinziehenden roten Linie zu denken wäre. Eine, wie angedeutet, gewagte Erwartung eines kühnen Optimismus, da mit einer synthetischen Leib-Seele-Schau ein neues wissenschaftliches Zeitalter angebrochen wäre: — die Vereinigung des dualistischen zu einem monistischen Weltbild.

Obschon eine Differenzierung am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts innerhalb der beiden Disziplinen noch nicht gut möglich ist, oder anders gesagt, die Psychiatrie erst später sich selbständig macht, führen wir die Trennung doch von Anfang an durch und gehen von den ersten Äußerungen neuer deutscher Autoren zum Hysterieproblem aus, um in historischer Einteilung weiter zu fahren.

An dieser Stelle mag auch die Bemerkung angebracht werden, daß bis zum Schluß des letzten Jahrhunderts vorwiegend französische und englische Gelehrte zur Förderung des Hysterieproblems beigetragen haben, und erst in der neueren Zeit die „Deutschen" in den Wettlauf darum eingetreten sind. Ich möchte nicht daran zweifeln, daß dies einerseits mit dem häufigeren Vorkommen der Hysterie in Westeuropa, anderseits aber auch mit dem nationalen Charakter der „Kelten" und „Germanen" zusammenhängt, indem der Franzose sich mit bescheideneren Anfangsgründen in der Problematik einer Sache begnügt, während der „Deutsche" mit dieser erst dort etwas anzufangen weiß, von wo aus die tieferen Zusammenhänge geahnt werden können und zu einer letzten Analyse anspornen. Einfach ausgedrückt, mag der Gegensatz auch so lauten: der Westeuropäer ist vorwiegend praktisch („somatisch"), der „Deutsche" in erster Linie theoretisch-spekulativ („psychologisch") interessiert, eine ja allgemein geläufige Antipodie, die sich eben auch hier und besonders in der jüngsten Zeit angesichts der philosophischen Tendenz in dem weiteren Aufbau des Hysterieproblems von deutscher Seite her bemerkbar macht. Nach diesem kurzen Exkurs wollen wir jetzt also diese zweite, national bedingte Schule in der Hysterielehre etwas näher ins Auge fassen.

A. Neurologen.

Romberg (54) haben wir an anderer Stelle schon erwähnt (S.25) als einen reichlich spät am Übergang zu neueren Anschauungen stehenden Forscher, der semiologisch aber noch ganz zur *Charcot*schen Aera zu zählen ist; ebenso auch *Valentiner* (Erlangen) und *Meyer*.

Moebius (46) schließt sich eng an die neueren Resultate aus der Hypnose-Forschung an und kommt von dort aus zu seiner Hysterie-Definition [109]: „Hysterisch sind alle krankhaften Veränderungen, die durch Vorstellung verursacht sind". Die ideogene Herkunft („Idealität") der hysterischen Symptome ist ihm als großer Fortschritt sicher erwiesen. So sagt er über das Wesen der Anästhesien: der Patient empfindet alles, „nur kann der Kranke sich keine Rechenschaft davon geben, die Erregungen verlaufen dagegen nicht im Bewußten, der Kranke fühlt alles, weiß es aber nicht". Ein rein psychisch bedingtes, durch sehr leichte Übertragung einer Vorstellung auf körperliches Gebiet entstandenes Symptom. In dieser Weise werden auch die übrigen Erscheinungen gedeutet. Die Vorstellung kann dem Kranken von außen kommen, oder in ihm drin entstehen, jedenfalls aber ist „der Weg der Vorstellung völlig dunkel und führt durch das Unbewußte, sodaß der Betroffene den Zusammenhang gar nicht ahnt", und auch eine psychologische Analyse unmöglich ist.

Gegenüber dem Bild von einer Spaltung des Bewußtseins (Ober- und Unterbewußtsein) erscheint *Moebius* sein eigenes besser vorstellbar: Das Bewußtsein als Ebene enthält in seiner Mitte das persönliche „Ich": an irgend einer Stelle dieser Ebene wird eine „spanische Wand" errichtet, die dem im Zentrum gelegenen „Ich" einen Teil des Besitztums verbirgt. Dadurch wird die Empfindung abgetrennt (Anästhesie), eine Wirksamkeit, durch die Wand hindurch verunmöglicht (Lähmung) und durch Verkleinerung des Feldes eine Konzentration der in ihm noch enthaltenen Kräfte, d. h. eine Steigerung der einzelnen erhaltenen Funktionen erzielt. Auch fallen aus dem abgetrennten Teil herkommende, hemmende Impulse auf das übrige Gebiet weg: eine nach *Moebius* mit den Ergebnissen des Hypnotismus sehr gut vereinbare bildhafte Darstellung.

Jener Hemmungswegfall wird die Erinnerung an frühere Dinge und auf diesem Wege auch die suggestive Beeinflussung erleichtern, sodaß diese Eigenschaft das Resultat jener Abtrennung darstellt. Trotzdem ist aber die Hysterie einer gesteigerten Suggestibilität nicht einfach gleich zu setzen, sondern es liegt eine krankhafte, qualitative Abweichung der Suggestibilität vor, zusammenhängend mit krankhaften Reaktionen auf Gemütsbewegungen, deren Entstehung unbekannten Gesetzen folgt.

Überall stößt *Moebius* auf Analogien mit hypnotischen Erscheinungen und formuliert daher die Hysterie folgendermaßen: „Die der Hysterie wesentliche Veränderung besteht darin, daß vorübergehend oder dauernd der geistige Zustand der Hysterischen dem

---

109) Erstmals in: Zentralbl. für Nervenheilkunde, 188, Nr. 3.
Spätere Äußerung: „Weitere Erörterungen über den Begriff der Hysterie", Neurol. Beitr. 1894, H. 1.

der Hypnotisierten gleicht, d. h. jener reagiert, ohne hypnotisiert zu sein, wie dieser".

Wie die Hysterie-Reaktion unbekannten Gesetzen folgt, so darf man auch den Zusammenhang zwischen Vorstellung und hysterischen Symptomen sich nicht so vorstellen, daß jene diesem als dem Kranken spürbares erstes Stadium voranginge. Ebensowenig wie bei „gesunden Phänomenen", z. B. dem Lachen, dem Individuum davon vorher eine Vorstellung innewohnt, ebensowenig kann man sagen: dem Hysterie-Anfall liegt eine Vorstellung des Kranken darüber zugrunde. Sondern es ist doch so, daß alle hysterischen Symptome und Reaktionen unbekannten „Gesetzen, die den Organismus beherrschen", unterstehen. Sonst würden die Erscheinungen nicht durch alle Zeiten und Völker hin denselben Aspekt darbieten.

Zurückzuführen ist diese „abnorme Geistesbeschaffenheit" auf angeborene Anomalien oder erbliche Belastung, letztere im Sinne auch nur einer Häufung von elterlichen, wenig ausgesprochenen, in dieser Richtung tendierender Eigenschaften; Tatsachen, die uns eine eingehende analytische Untersuchung all dieser Faktoren als Pflicht auferlegen. Eine erworbene Hysterie gibt es nur in Form eines auslösenden Mechanismus bei schon latent vorhandener hysterischer Veranlagung. Als solche „agents provocateurs" (46, b) sind auch Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu betrachten, die dort eine solche Rolle spielen, da diese Funktionen im Mittelpunkt des weiblichen Interesses stehen.

So treffen wir bei *Moebius* schon weitgehend modern anmutende Gedankengänge, wie die „hysterische Reaktion", die den Organismus beherrschenden, unbekannten Gesetze und den Vererbungsmechanismus; daneben eine allerdings etwas allzu einfach erscheinende Erklärung der Hysterie, die denn auch auf allerlei kritische Entgegnung stößt. *Babinski* (4, b) findet daran nichts Spezifisches, da dieser Mechanismus auch bei anderen Nervenkrankheiten vorkommt und er nicht alle Symptome der Hysterie erfaßt; *Binswanger* (6, b) taxiert die Definition von *Moebius* als unvollkommen und falsch. Nach *Strümpell* (74) sind wohl (vgl. *Babinski*) alle durch Vorstellungen entstandenen Krankheiten hysterisch, aber nicht umgekehrt alle hysterischen Erkrankungen durch Vorstellung entstanden, da nicht alle der durch *Strümpell* postulierten Störungen in den „Beziehungen zwischen den Vorgängen des Bewußtseins und den organischen Funktionen" (vgl. unten S. 117 ff.) auf Vorstellungen allein zu reduzieren sind.

Jolly [110]) will von der Vorstellung als Causa peccatrix bei der Hysterie nichts wissen, da man vielfach diese gar nicht beobachtet

110) Hysterie, in Ziemssen's Handbuch und in Ebstein-Schwalbe's Handbuch, 1900.
Über Hysterie bei Kindern, Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 34.

vor dem Auftreten eines Symptomes, sondern geht von der Spaltung der Persönlichkeit aus: diese schafft eine Art von permanentem Somnambulismus, während dessen der Hysterische unbewußt sein krankes Dasein lebt („Der Kranke ist guten Willens und betrachtet seine Krämpfe mit Erstaunen. Der Anfall ist eine Summe von komplexen Erscheinungen, das Individuum hat in seinem Geiste keine Vorstellung von dieser Reihe von Erscheinungen"). Von dieser Verdoppelung der Persönlichkeit hat *Jolly* verschiedene Beobachtungen gemacht, z. B. von Taubheit, die nicht das ganze Bewußtsein affiziert; oder hysterisch-amaurotische Kinder vermeiden ihnen absichtlich in den Weg gestellte Hindernisse; Feststellungen, aus denen *Jolly* bei dem sonstigen psychischen Verhalten der Patienten auf eine *unbewußte Doppelfunktion* innerhalb desselben Individuums schließt.

Oppenheim (50; und: „Aus der Nervenklinik der Charité, Tatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie", Oktober 1889) sieht als Grundlage der Hysterie „einen abnormen Seelenzustand, bestehend in einer „reizbaren Schwäche", d. h. einer „abnormen Erregbarkeit, verbunden mit Erschöpfung".

Die abnorme Erregbarkeit entspricht einer Störung in der affektiven Sphäre, einem „Mißverhältnis zwischen der Intensität der Reize und der Stärke der Gefühlsreaktion", indem die letztere gesteigert, die Reizschwelle herabgedrückt ist. Die Störung betrifft die Dauer und Beständigkeit der Gefühlserregungen und äußert sich auch Eindrücken aus der Vergangenheit gegenüber, „die ihr intellektuelles Substrat verloren haben".

Auch die körperlichen Symptome sind daraus abzuleiten und erklären sich „aus dem . . . . Einfluß der Affekte auf die motorischen, sensorischen, vasomotorischen und sekretorischen Funktionen, aus der Disproportionalität zwischen den psychischen Erlebnissen und den zugehörigen psychopathischen Erscheinungen". Diese Beziehung als solche ist nicht spezifisch hysterisch, sondern erst in Verbindung mit zugleich vorhandenen bestimmten Charakterzügen pathognomonisch für die Hysterie und zwar durch die qualitative Abweichung ihrer Reaktionen von denen Gesunder.

Der zweiten Komponente, der „reizbaren Schwäche", auf die *Oppenheim* später (50) nicht mehr zu sprechen kommt, dürfte die als zweites Charakteristikum genannte „erhöhte Suggestibilität" als eine Resistenzlosigkeit gegen psychische, exogene und endogene Einflüsse entsprechen. Sie wirkt einerseits im Sinne der Herstellung der „günstigsten Konstellation" für die Wahrnehmung eines Vorganges und andererseits fälscht sie „anderen undeutlichen Empfindungen gegenüber das Urteil im Sinne der erwarteten Wahrnehmung". Sie führt zusammen mit der Reizbarkeit als Autosuggestion zu einer „Intensitätssteigerung" der psychogenen physischen Vorgänge, sodaß z. B. „die mit Aufregung verbundene Vorstellung, daß ein Schlag oder Stoß die Extremität gelähmt habe",

nicht nur „den Schmerz beliebig anwachsen läßt", sondern „auch Empfindungen der Schwere etc." erzeugt, die „eine Hemmungswirkung entfalten, sodaß der Arm nicht mehr bewegt werden kann". Diese intime *psychisch*-physische Abhängigkeit hat dann auch die Wandelbarkeit aller hysterischen Symptome zur Folge, sodaß die neue Bezeichnung „P s y c h o g e n i e" (*Sommer*) das Einverständnis *Oppenheim*'s findet.

Als Ursachen für das Leiden nennt *Oppenheim* angeborene Vererbtheit, heftige Gemütsbewegungen in Form länger anhaltender, wiederholter schmerzlicher Aufregungen, den Nachahmungstrieb und körperliche Affektionen wie Säfteverlust, Kräfteverfall, Masturbation, Kastration, chronische Intoxikationen und Traumen, alle durch eine Schwächung der psychischen Widerstandskraft nach der Art von *Charcot*'s „agent provocateur" charakterisiert. Nach welcher Richtung *Oppenheim* seine Lehre weiterentwickelt hat, werden wir, was die traumatische Neurose betrifft (unten S. 128 ff.), noch zu verfolgen haben.

Bald nach Beginn unseres Jahrhunderts erscheint *Lewandowski*'s Monographie über die Hysterie (27) in seinem Handbuch der Neurologie. Entsprechend dem Darstellungscharakter eines Handbuchs ist es bei der kritischen Aufzählung all der neuen Meinungsäußerungen zur Hysterie — wohl eine Fundgrube für den historisch Interessierten! — schwierig, daraus die persönliche Einstellung des Verfassers selbst herauszulesen. Sicher ist jedenfalls, daß uns *Lewandowski* keine eigene Definition von der Hysterie gibt — eine allmählich leider Karriere machende Resignation! —, sondern nur aus seinen Urteilen über die Auffassungen seiner Zeitgenossen ein Rückschluß auf seine Stellungnahme gewagt werden darf.

Was die *somatische Seite* der Hysterieauffassung betrifft, so finden wir als einzige Äußerungen bei der Genese des Krampfanfalls folgendes: „. . . beim Epileptischen ist die Erregung eben eine primäre der Ursprungszelle der cerebro-fugalen Bahnen, beim Hysterischen liegt der Ursprung ganz wo anders. Der Ursprung des hysterischen Krampfes muß denjenigen Gebilden mindestens sehr nahe stehen oder mit ihnen identisch sein, die auch der willkürlichen Bewegung vorstehen". Und etwas weiter unten: „Es zeigt sich, daß die sensiblen und sensorischen Projektionsbahnen und ihre primären Endigungen in der Rinde ganz normal funktionieren, und daß der Sitz der Störung weiter „seelenwärts" zu suchen ist". Immer ist die Grenzlinie gegen entsprechende organische Affektionen eine durchaus scharfe, sie verbindende Wege gibt es (in Gestalt der organischen Psychosen) sicher, aber sie „führen durch noch wenig bekanntes Land" (a. a. O., S. 685). Ganz unbestritten steht für *Lewandowski* die psychogene Natur der Hysterie fest. Als Ergebnis unserer Analyse aus der ungeheuren Zahl der von *Lewandowski* dazu zitierten Gedanken glauben wir

folgendes feststellen zu dürfen: die Suggestion als pathogener Faktor ist bei der Hysterie sichergestellt, sie kann alle hysterischen Stigmata erzeugen, aber „zwischen der Wirkung der Suggestion als normalem und als hysterischem Vorgang" eine Scheidelinie zu ziehen, ist unmöglich. Daraus ergibt sich, daß *Lewandowski* den Begriff der Suggestion sehr weit faßt: „Suggestion ist die Eingebung von Vorstellungen oder Affekten". Zu dieser Komposition zweier allerdings verschiedener Begriffe, deren Wirkungsweise wir uns etwas näher ansehen wollen, ist *Lewandowski* aus der Hypnoselehre gelangt, wo immer beide Momente eine Rolle spielen, wie *Lewandowsky* denn auch diese zwei Begriffe „nicht für etwas ganz Disparates" hält, sondern das Verhältnis beider dahin formuliert, daß zwischen ihnen eine gegenseitige Förderung besteht, und daß die Vorstellungen, die vom Affekt schlechthin hervorgerufenen Reaktionen in qualitativer Weise bestimmen, das Symptom zu einem genau umschriebenen stempeln, eine Fähigkeit, die dem Affekt allein nur in geringem Maße zukommt. Als Beispiele für typische Mechanismen der durch Vorstellung entstandenen Hysterie nennt *Lewandowski* die traumatische, die auf organischer Grundlage entstandene, die „epidemische" und „die durch ärztliche Maßnahmen entstandene Hysterie".

Über die Bedeutung der Affekte und ihre Wirkungsweise äußert sich der Berliner Neurologe etwas näher: wenn auch zugegeben wird, daß „in einer Anzahl von Fällen der Affekt zur Entstehung der Hysterie überhaupt nicht notwendig ist" (am deutlichsten bei der massenmäßigen Nachahmungshysterie), so können wir doch „auf keinen Affekt als mögliche Ursache der Hysterie verzichten". Einen einheitlichen Mechanismus der Affektwirkung gibt es nicht: „Ein Teil der Affekte . . . wirkt darum, weil er ins Unbewußte versenkt ist und nicht erinnert werden kann (im Sinne der Verdrängung *Freud*'s). Ein anderer . . . aber scheint nun gerade dadurch zu wirken, weil er *nicht* vergessen werden kann. Beiden Fällen gemeinsam ist, daß der Affekt, soweit es sich um exogen ausgelöste Affekte handelt, nicht, wie normal, nach einiger Zeit seiner Wirkung verschwindet, nicht verarbeitet wird". Auch von den Trieben (endogenen Affekten) gilt, daß sie infolge ihrer Unverträglichkeit mit einer einheitlichen Persönlichkeit pathogen wirken. Damit gelangen wir zu einem neuen Punkt der *Lewandowski*'schen Hysterie-Deutung. Die Permanenz der Hysterie-Phänomene wäre durch die bisher genannten Mechanismen nicht geklärt. Der Dauerzustand, aus dem heraus sie verständlich erscheint, ist „eine pathologische Ausprägung und Dauerhaftigkeit der Spaltung der Persönlichkeit", das Produkt besonders dieser krankhaften Wirksamkeit der Affekte, die Steigerung eines Zustandes, der nach jeder Affekteinwirkung „angedeutet" zu beobachten ist: also eine *Dissoziation* infolge *Affekteinflusses* „zwischen dem Oberbewußten und einem Teil des Unterbewußten psychischen Inhalts" als Resultat einer ungenügenden Reaktion im Sinne einer Erledigung des Affektes.

Neben den bisher angeführten Modi von Affektmechanismen betont *Lewandowski* auch seine „assoziierende Kraft", d. h. die „Fixierung irgendwelcher psychischen Inhalte durch den Affekt, die diesem mehr oder weniger inhaltlich, manchmal auch nur ganz zufällig verbunden sein können, und die „Spaltbarkeit der Affekte" (*Hecker*) selbst, indem „ein *körperliches* Symptom des Affekts den ganzen Affekt vertreten kann".

Die Suggestion, in ihrem weitesten Sinn gefaßt, führt also durch ihre Affektwirkung zu einer permanenten Spaltung der Persönlichkeit, lautet die provisorische Hypothese *Lewandowski*'s. Daß er sie selbst nicht höher bewertet, erhellt aus einem Appell an die Hysterieforschung der Zukunft: „Der Begriff der Suggestion muß weiter bestimmt, der Weg der Suggestion verfolgt, und dann muß bestimmt werden, ob denn alle durch Suggestion von Vorstellungen oder Affekten hervorgerufenen Erscheinungen ohne weiteres hysterisch sind". Die Simulation als den allen hysterischen Erscheinungen zugrunde liegenden Vorgang anzusehen, wie dies die älteren Ärzte (*Lasègue* u. A.) taten, lehnt *Lewandowski* völlig ab und will auch das neue *Babinski*'sche Postulat (willkürliche Nachahmbarkeit als Kriterium, ob ein Symptom hysterisch ist oder nicht [vgl. unten S. 125 f.]) unter keinen Umständen gelten lassen, denn die „hysterische Störung geht im Prinzip immer tiefer als die willkürliche Innervation".

In einem Abschnitt über die Konstitution der Hysterischen anerkennt *Lewandowski* bestimmte Einflüsse der Vererbung und verschiedener Einwirkungen während des individuellen Daseins auf die Gestaltung der Hysterie, die er als Krankheit und Krankheitseinheit anerkannt haben will, und erläutert an Hand einer Zusammenstellung der hysterischen Charaktereigenschaften abschließend noch die Beziehung der Hysterischen zu den Psychopathen im allgemeinen, wobei er die hysterische Suggestibilität „mit der Schwäche der Persönlichkeit, der Tatkraft und des Willens" in Zusammenhang bringt.

Wenn wir zu *Lewandowski* Stellung nehmen sollen, so halten wir dafür, daß seine Anschauungen, sofern wir sie richtig wiedergegeben haben, eine Synthese aller zeitgenössischen Theorien darstellt, indem er von jeder das ihm als erwiesen scheinende herausgenommen und seiner Überzeugung einverleibt hat. Hier sind wir zum ersten Mal auf den Begriff des Affekts gestoßen und müssen einsehen, daß es in Zukunft ohne gewaltige Überlastung unserer Arbeit nicht mehr möglich sein wird, mehr als unbedingt nötig auf die geistigen Eigenschaften der Hysterischen einzugehen, wie wir dies bisher noch tun konnten.

Romberg jr. (60) versucht, von einer „krankhaften angeborenen Störung im Ablauf der Assoziationen" aus, die verwirrende Fülle der psychisch-physischen Symptome unter einen Hut zu bringen. Unter Ablehnung aller somatisch-organischen Ätiologien ist für

Romberg die Hysterie „eine rein psychische Störung". Auf die Annahme einer assoziativen Störung kommt der Tübinger Kliniker von der Erwägung aus, wie beherrschend die assoziativen Funktionen über unserer gesamten Tätigkeit stehen, schon von der frühesten Kindheit an. Die Störung äußert sich in einer „abnorm geringen Dauerhaftigkeit der geschlossenen Verbindungen", derart, daß „das Zusammenarbeiten einer größeren oder kleineren Zahl transcorticaler Assoziationen verloren" geht, „das Gedächtnis in einem umschriebenen Bezirk schwindet", etwa nach der Art jenes allgemein bekannten Phänomens, wo man einen Bekannten auf der Straße erst erkennt, sobald er an uns vorbei ist und ihn entsprechend auch nicht grüßt. Die Dauer des Gedächnisdefektes macht dann die Störung zur Krankheit. So erklärt *Romberg* die Ausfälle sensibler und sensorischer Wahrnehmungen. Die motorischen Reizerscheinungen sind auf die fehlende assoziative Hemmung zurückzuführen, „Enthemmungsphänomene". Ebenso die psychischen Anomalien, bei denen „das Zusammenarbeiten der erworbenen Vorstellungen" fehlt. Aber nicht nur eine leichte Lösbarkeit, sondern auch ein leichtes Schließen, ein Kurzschluß der Assoziationen ist möglich, eine Kombination mit jener ersten Dysfunktion, für die die Tatkraft, die Aufopferungsfähigkeit für die Interessen anderer, die reiche Phantasie und andere Erscheinungen Hysterischer sprechen. Den assoziativen Störungen ihrerseits liegt eine „zu große Aufmerksamkeit" des Bewußtseins auf das betreffende Gebiet zugrunde, nach deren Beseitigung die normale Funktion des betreffenden Körperteils wieder garantiert ist.

Mit seiner Auffassung erweitert *Romberg* diejenige *Strümpell*'s und engt diejenige von *Moebius* ein, sich eng anschließend an diejenige *Janet*'s. Als solche stellt sie ein der Diskussion entbehrliches Mittelding vor.

An dieser Stelle haben wir zweier Schweizer Neurologen zu gedenken, die sich um die Definition der Hysterie bemüht haben: *Dubois* in Bern (17) und *von Monakow* [Zürich; zit. bei *Nachmansohn* (48)].

Der Erstere, bekannt vor allem durch seine Persuasionstherapie der Psychoneurosen, hält die „Stigmata" der Suggestibilitäts- und Affektivitätssteigerung bei Hysterischen für ungenügend, „die während Wochen, Monaten, Jahren, ja während eines ganzen Lebens andauernde Persistenz einer Menge von funktionellen Störungen, welche bei Fehlen jeglicher primären materiellen Schädigung in die Erscheinung treten", zu erklären und will sie auf psychische Ursachen zurückgeführt wissen. Die „somatischen Erscheinungen psychogenen Ursprungs" sind nicht mehr als „eine Fixation von . . . Störungen, welche vorausgegangenen Affekten entstammen". Diese Fixation ihrerseits ist begründet nicht nur in der gesteigerten Phantasie, in der romantischen Sentimentalität der Hysterica — einer „Komödiantin" übrigens, „die aber nicht weiß, daß sie spielt und ehrlich an die Wirklichkeit der Situationen

glaubt" (zit. nach *Bing;* 4, c)—, sondern vor allem in ihrer übergroßen „Sinnlichkeit". Diese nicht so sehr als „Libido" denn als „Impressionabilität" zu verstehen, die beim Hysterischen darin besteht, „in einer besonders intensiven Weise seinen Empfindungen zu leben, das Feld des Bewußtseins all diesen Eindrücken preiszugeben", in der „Fähigkeit, den aus den Affekten entspringenden Empfindungen den Stempel der Wirklichkeit aufzudrücken". Diese „*sinnliche Eindrucksempfänglichkeit*", bis zu einem gewissen Grade Voraussetzung von künstlerischer Betätigung, ist in der Geschichte der Hysterie mannigfach belegt, so bei Adduktorenkontraktur nach Notzuchtversuch, bei Dyspnoe und Erbrechen nach einem Stuprum. Neben dieser „primären Fühlanlage" ist auch stets der allgemeinen momentanen „Fühllage" (*Stadelmann*) Rechnung zu tragen, wobei ersterer „mannigfache Bedingungen des Terrains" zugrunde liegen.

Aus diesen Überlegungen heraus kommt *Dubois* zu folgendem „Versuch einer Definition der Hysterie": „Als hysterisch bezeichne ich mannigfaltige funktionelle Störungen, welche unter dem Einfluß wirklicher oder suggerierter Gemütsbewegungen entstehen, und welche persistieren und sich erneuern, selbst wenn die ursächlichen Momente nicht mehr gegenwärtige sind. Ich schreibe diese charakteristische Fixation der postemotionellen somatischen Störungen dieser Fähigkeit zu, den aus den Affekten springenden Empfindungen den Stempel der Realität aufzudrücken, was ich unter der Bezeichnung Sinnlichkeit oder sinnliche Impressionabilität zusammenfasse".

Also an die „Mentalität des Individuums", die „Eigentümlichkeiten seines Charakters" gebundenes „Terrain", auf dem die Ereignisse des Lebens bloß als Gelegenheitsursachen ihre Wirkung entfalten.

Auf die Kritik dieser Ansicht möchten wir nicht eingehen, sondern nur bemerken, daß sie bei ihrem Lautwerden (*Oppenheim*) und auch heute noch (*Bing*) von hervorragenden Fachgenossen *Dubois*' voll anerkannt ist.

Von Monakow, den wir seiner Stellungnahme nach trotz der vorwiegend somatologischen Forschungsrichtung der Zürcher Schule hieher rechnen müssen, stellt mit seiner Lehre vom seelischen Überbau ein Gegenstück zu der *Bonhoeffer*'schen Willenstheorie (s. unten S. 123) dar: das Individuum erwirbt sich in seiner ontogenetischen Entwicklung frühe und späte geistige Bilder („Noohormeterien"; von *νούς*, *νοός*: Verstand, und *ὁρμάω*: erwerbe). Die jüngsten davon sind imstande, die tieferliegenden Schichten der Persönlichkeit (Triebleben, „Urinstinkte" etc.) zu beherrschen. Während die ältesten Erscheinungen auf dem Gebiet des Gefühlslebens gegen jede Art von äußerer Einwirkung sehr resistent sind, brauchen die später zugelegten Errungenschaften (Intelligenz, Wille und andere Besitze ethischer Art) ein „biologisch geeignetes Milieu zu ihrer Entwicklung" (*Nachmansohn;* 48, a)

und werden durch irgendwelche Angriffe (z. B. Alkoholrausch) zuerst geschädigt in ihrer Funktion als „gewaltiger Hemmungsapparat . . . mit corticaler und subcorticaler Wirkung“ (l. c.). Bei der Hysterie tritt ein „funktioneller Abbau“ ein, indem frühe ontogenetische „Hormeterien“ anstelle der später entstandenen treten, sodaß dieser regulierende und dirigierende übergeschaltete geistige Hemmungsapparat verloren geht und jene unteren Sphären zur Herrschaft über das nunmehr haltlose Individuum gelangen. Es handelt sich nicht um eine Läsion oder Ausschaltung des „Ethos“, sondern dieses vermag sich gegenüber den übrigen machtvollen Einflüssen nicht mehr durchzusetzen, „das Willensmäßige wird durchsetzt von Impulsen und Vorgängen früherer ontogenetischer Entwicklungsstufen und vom phylogenetischen Triebleben“ (*Nachmansohn*, l. c.). Das Krankheitsbild wird verschieden ausgeprägt sein, je nach der Stärke des im betreffenden Entwicklungsalter noch vorhandenen intellektuellen Erwerbs. Eine Theorie, die *Nachmansohn* gegenüber der rein psychiatrischen, mit verwaschenen populär-psychologischen Begriffen operierenden Wunschtheorie für bedeutend prävalierend hält, und die auf geistigem Gebiet der später durch *Bing* inaugurierten Hypothese von der psychogenen Enthemmung entspricht.

Eine wieder etwas andere Vorstellung vom Zustandekommen der hysterischen Krankheitserscheinungen hat *Strümpell* (74), den wir schon wiederholt genannt haben:

Eine genaue Definition liegt im praktischen Interesse (Unfallgesetzgebung, Kriegsrentenversicherung), ist aber bisher trotz 30-jähriger eifriger Tätigkeit auf dem Neurosengebiet infolge zu geringer physiologischer und pathologischer Kenntnisse leider noch nicht erreicht. Die Bemühungen darum haben hauptsächlich mit der mangelhaften Abgrenzung gegen Nervosität und Neurasthenie zu kämpfen, da uns hier jede Art von Krankheitseinheit (ätiologische etc.) im Stich läßt. Deshalb läßt sich die Hysterie nicht als ganzer Krankheitsbegriff, sondern nur in Form ihrer Symptome definieren: „Als „hysterisch“ sind diejenigen klinischen Erscheinungen einer abnorm gesteigerten oder abnorm veränderten Nervenfunktion zu bezeichnen, bei denen diese Erscheinungen auf einer Störung der normal geregelten Beziehung zwischen den Vorgängen des Bewußtseins und den organischen Funktionen beruhen“. D. h. es handelt sich nicht um eine Unterbrechung des „organisch-nervösen Reizleitungssystems“, sondern um eine Ungeordnetheit in der Verbindung dieses an und für sich intakten Systems mit den Vorgängen des Bewußtseins. Ob trotzdem der Name „psychogen“ statt „hysterisch“ so unbedingt empfohlen werden kann, ist nach *Strümpell* angesichts der Tatsache, daß diese Absperrung auch von der somatischen Seite her denkbar ist, eine besonders für die „traumatische Hysterie“ wichtige Frage.

Durch diesen Mechanismus erklärt *Strümpell* die Lähmungen, die Kontrakturen, die motorischen Reizerscheinungen (Tics,

Krämpfe), die Sensibilitätsstörungen (Hyp-, An- und Parästhesien), die Neuralgien und die trophisch-vasomotorischen Störungen. Soweit er dabei einzelne besondere Gedankengänge entwickelt, wollen wir auf diese etwas eintreten.

Die *Lähmung* wird durch eine „Begehrungsvorstellung" als dem „Vater" einer den Heilversuchen entgegengestellten Hemmung festgehalten: der Wunsch nach materiellem Vorteil benützt die Plausiblität eines erlittenen leichten Traumas. Die Bedingung für diesen widernatürlichen Wunsch liegt in einer „psychopathischen Konstitution", einem „fehlenden Gleichmaß in der Wechselwirkung der Vorstellung entsprechend ihrer Bedeutung" oder „einer Schwäche der normalen, diesen ungehörigen Vorstellungen entgegentretenden Hemmung", also: starke Vorstellung und schwache Hemmung unterstützen einander. Die *Kontrakturen* sind nicht Ausdruck einer Unterbindung, sondern einer abnorm gesteigerten „Annäherung" der genannten beiden Regionen, sie stellen „eine Erregung motorischer Reizvorgänge durch abnorme Willensinnervation" (bei einer affektbetonten Vorstellung als Grundlage) dar. Die *Tics* sind Produkte „einzelner ungehöriger Willensinnervationen", wozu eine Bahnung des körperlichen Innervationsweges kommt, sodaß diese einen Übergang zu den somatischen Neurosen bilden und „ihrem Wesen und ihrer Entstehung nach höchst unklare Krankheitszustände" darstellen, „bei denen wir m. E. noch nicht einmal stets mit Bestimmtheit angeben können, ob es sich um zentrale oder periphere Reizzustände handelt. „Viele sind nach *Strümpell* sicher hysterischen, andere aber ebenso sicher „somatisch-nervösen oder vielleicht auch muskulären Ursprungs"; als erwiesen gilt ihm dies bei der sogenannten „Crampusneurose". Auch für den oft ausgesprochen somatogenen *Tremor* „wird man in jedem einzelnen Fall unter Heranziehung aller in Betracht kommender Umstände die Entscheidung fällen müssen".

Die als „Willenskrämpfe" gedeuteten und bei ihrem erstmaligen Auftreten durch psychisch starke Erregung entstandenen *Anfälle* Hysterischer sind „im Wesentlichen nur eine krankhafte Steigerung *der in unserer Organisation bedingten*, auch unter normalen Verhältnissen eintretenden Einwirkungen der starken seelischen Einwirkungen auf die Körperlichkeit", die Wiederholung tritt unter suggestivem Einfluß bei „ausgeschliffenen Bahnen" ein.

Anläßlich der Beschreibung der epileptoiden Züge der Anfälle kennzeichnet *Strümpell* das Wesen der *„hysterischen Psychose"* als eine besonders leichte „Übertragung der krankhaften Vorstellungen auf das körperliche Gebiet", die als solche zum großen Teil auf „Autosuggestion" zurückzuführen sind und eine von *Bonhoeffer* übernommene Ansicht darstellen.

Den *sensiblen Reizerscheinungen* liegen häufig „Erwartungsvorstellungen hypochondrischer Natur" zugrunde und zwar in dem Sinne, daß die *erwartete* Empfindung die Empfindung selbst aus-

löst. Oft liegen aber auch „organisch-funktionelle Zustände“ vor, an die man in jedem solchen Falle zu denken hat, da „schon bei einer Reihe von Krankheitsbildern . . ., bei denen die Entscheidung, ob sie psychogen oder funktionell-somatischer Natur sind, eher zu Gunsten der letzteren Annahme ausgefallen ist“. Als Beispiele werden genannt: die Adipositas dolorosa (*Dercum*'sche Krankheit), die Akroparästhesien und die Akinesia algera (*Moebius*), Zustände, deren revidierte Ätiologie-Ansichten uns vor zu großer diagnostischer Einseitigkeit bewahren und daran denken lassen sollen, daß vielen weiteren hysterischen Erscheinungen organische Schädigungen entsprechen können, also die „Möglichkeit einer Vereinigung der Psychoneurosen mit somatogenen funktionellen nervösen Störungen“ in Aussicht gestellt ist. Eine ebenso nötige Warnung ist bei den sogenannten trophisch-vasomotorisch-vegetativen Störungen angebracht, da ihnen meist organisch-somatische Störungen zugrunde liegen, bei aller Anerkennung der Möglichkeit ihrer psychogenen Provenienz.

Bei *Strümpell* also nicht nur in psychiatrischer, sondern auch in neurologischer Beleuchtung viele Ansichten, die ihn uns als Künder einer neuen Aera in der Geschichte der Psychogenie betrachten lassen, eine Stellung, wie sie ihm übrigens schon aus dem oben (S. 14) zitierten Schlußwort der hier referierten Arbeit (neben *Janet, Moebius, Meige* u. A.) zukommt.

Krehl, der kürzlich verstorbene Heidelberger Kliniker, ist der jüngste „Neurologe“, den wir zu erwähnen haben, auf Grund seiner in den *Volkmann*'schen Beiträgen (1902) wiedergegebenen Ansicht. *Krehl* macht darin das deutsche Sprachgebiet mit den Anschauungen *Janet*'s bekannt und schließt sich für seine Person eng an die Ausführungen dieses französischen Autors an, unter Berücksichtigung auch der Ansichten *Oppenheim*'s, bringt also in seiner Stellungnahme die damals herrschenden Anschauungen zum Ausdruck.

Den weiteren Ausbau dieser Anschauungen von neurologischer Seite her haben wir an anderer Stelle (s. S. 45—81) gebracht; in den bisher erschienenen Bänden des neuen Handbuchs der Neurologie (28) ist noch keine spezielle Darstellung der Hysterie ausgeführt, die Gedankengänge über die hieher gehörigen Beziehungen sind am Schluß (S. 153 ff.) erwähnt. So können wir also daran gehen, die Entwicklung der psychiatrischen Hysterieanschauung einer kurzen Betrachtung zu unterziehen.

B. Psychiater.

Die erste große Darstellung der Hysterie von annähernd 1000 Seiten Umfang, ein für die damalige Zeit hervorragendes und als Ausfluß der um die Jahrhundertwende herrschenden Hysterieauffassung zu betrachtendes Werk, auf das als solches auch heute

noch oft zurückgegriffen wird (5, u; 30 u. a.), hat uns *Binswanger* (6, b) hinterlassen. Im Gegensatz zu dem etwas wenig Partei nehmenden *Lewandowski* (S. 112 ff.) vertritt *Binswanger* seine Ansicht recht klar und überzeugt:

So uneinheitlich auch die Hysterieanschauungen sind infolge der unzulänglichen physiologisch-psychologischen (Experimental-) Methoden und der fehlenden allgemein gültigen Ordnung für diese Mechanismen, sicher steht dies fest: bei allen hysterischen Erscheinungen ist die Hirnrindenfunktion gestört, wo wir die Stätte der psychischen Funktionsabläufe zu suchen haben. Das Wesen dieser Störungen besteht in einer Veränderung der Erregbarkeit der Hirnrinde, die sich bald als gesteigert, bald als vermindert erweist.

Für diese Auffassung greift *Binswanger* auf den Begriff der tonischen Erregung des Zentralnervensystems im Wachzustand (von *Exner* und *Breuer*) zurück, die auf konstant gleicher Höhe einreguliert ist durch beständige Abgabe bestimmter Energiequanten. Erhalten wird dieser Zustand durch äußere Reize und innere psychische Vorgänge, sodaß neue Zuschüsse sehr viel rascher eine Abgabe nach außen nötig machen zur Konstanterhaltung der cerebralen Energie. Daraus einmal die Schwankungen. Und dann ist (nach *Ziehen*) für das Deutlichwerden einer Empfindung (neben der Stärke des peripheren Reizes, der Gefühlsbetonung, dem latenten Erinnerungsbild) als obligate Bedingung eine bestimmte „Konstellation der Vorstellung“ nötig, ein Ausdruck, an dessen Stelle *Binswanger* die „Verschiebung des corticalen Erregungszustandes“ setzt. Dieser konstituiert sich aus dem Verhalten der einzelnen corticalen Bezirke und wird zu einer charakteristischen Störung der corticalen Dynamik führen, die sich einerseits auf psychische, anderseits auf körperliche Mechanismen auswirken wird.

Den ersten Zusammenhang formuliert *Binswanger* als „Begriffsbestimmung“ der Hysterie folgendermaßen: „Die Störung der Wechselbeziehung zwischen der psychischen und der materiellen Reihe“ (corticaler Vorgänge) äußert sich entweder darin, daß „für eine bestimmte materielle Rindenerregung . . . der psychische Parallelprozeß ausfällt oder nur unvollständig geweckt wird“ oder so, daß dabei zu viel psychische Leistung resultiert, die dann auf andere Funktionen übergreift. Beide Zustände können in einzelnen Abschnitten des Cortex nebeneinander bestehen. Die „dynamische Störung der materiellen Rindenprozesse“ äußert sich auch in körperlicher Weise, indem Auswirkungen auf die Innervation (motorische, vasomotorische und sekretorische), sowie auf die Körperempfindung (Sensibilität und Sensorik) sich geltend machen.

Binswanger enthält sich einer Mutmaßung über morphologische und chemische eventuelle Grundlagen dieser Störung, hält es aber für möglich, daß eine molekuläre Veränderung infolge nutritiver Störung den dynamischen Dysfunktionen entspricht, die dann zu

einem Ausfall von Empfindungen in unterwertigen Rindengegenden und zu einer Ungangbarkeit der Assoziationswege führen würde.

Wenn wir nur das bisher Gesagte wüßten, so wäre es verwunderlich, *Binswanger* an dieser Stelle unserer Zusammenstellung zu finden. Denn so weit würde er sich unbedingt unter die „lokalisierenden" Autoren stellen. Es mag dies soweit auch zutreffen — wiederum ein Beispiel für die einer Sache nie gerechtwerdende Systematik — auf jeden Fall aber steht fest, daß sich der Jenaer Psychiater mit wohl mehr Berechtigung an dem ihm von uns zugeteilten Platz in unserer Zusammenstellung fügte. Denn ein ebenso wichtiges Ingrediens wie das bisher Gesagte ist die „psychische Seite" seiner Lehre.

Dies geht ja auch schon aus dem Gesagten klar hervor, denn einerseits sind es neben peripheren Reizen *psychische Einflüsse*, die den Tonus des Zentralnervensystems weitgehend bestimmen, diesen zu einem konstitutionell umgrenzten stempeln, und dann wirkte sich ja die materielle Rindenerregung in verschiedenem Sinn auf die psychischen Parallelprozesse aus. Worin besteht nun diese psychische Determination der Tonuslage des Gehirns? Darüber gibt uns *Binswanger* folgenden Aufschluß:

Sie ist begründet

1. in einem pathologischen Affektleben, das gekennzeichnet ist durch
   a) eine lebhafte Gefühlsbetonung aller psychischen Vorgänge (Empfindung, Vorstellung),
   b) eine Irradiation der Affekte, und
   c) ästhetische und ethische Gefühlsperversitäten (hauptsächlich in schweren Fällen);
2. in intellektuellen Störungen, vorwiegend der assoziativen Vorgänge.

Diese beiden Arten von Störungen werden sich miteinander kombinieren und das endogene Moment für die Erhöhung des cerebralen Tonus bilden. Jedenfalls ist es nie der Intellekt allein, der in dieser Weise wirkt, und das Unbewußte als pathogene Vorstellung lehnt *Binswanger* als „Contradictio in adjecto" von vornherein ab. Die äußeren Ursachen, speziell für den ersten Anfall, wirken im Sinne eines Affektschocks hauptsächlich auf den affektiven Teil der Psyche und hängen für den Grad ihrer Beeinflussung von der manifesten „Reizstärke" ab. Von der affektiven, dadurch entstandenen Erschütterung, wird dann sekundär auch die Intelligenzsphäre betroffen, sodaß wir im Zusammenwirken der endogenen und exogenen Faktoren einen komplexen Mechanismus vor uns haben. Dabei ist zu betonen, daß nach *Binswanger* für die endogene Quelle eine ererbte Disposition nicht angenommen zu

werden braucht. Hier mag noch beigefügt werden, daß aus der tonischen Entladung des Gehirns, wie sie aus diesen Faktoren resultiert, nicht nur ein Plus und ein Minus der Ausstrahlung auf die Psyche (vgl. oben), sondern auch eine „Konversion" der psychischen Reaktion eintreten kann, indem den Reizen inadaequate Handlungen ausgelöst werden. Auch „Retentionsphänomene" (vgl. *Breuer, Freud*, S. 142 ff.) sind möglich bei fehlender Entladung der zentral aufgestapelten Energien.

Zum Schluß sei noch bemerkt, daß *Binswanger* drei Formen von Hysterie kennt und zwar:

1. die einfache,
2. die zusammengesetzte und
3. die degenerative Hysterie (Vermengung mit degenerativen Merkmalen, wie Phobien, Charakteranomalien, Assoziationsstörungen u. a.).

Dies ist die erste psychiatrische ausgebaute Theorie der Hysterie; es mag etwas verwunderlich erscheinen, daß wir dabei so viele „neurologische Gedankengänge" treffen, aber sie sind wohl nicht anders zu werten, denn als auf die Organe der Psyche übertragene psychologische Mechanismen. Als Versuch darf sie nur mit Bewunderung betrachtet werden, denn es kommt darin wenigstens die Komplexität psychisch-physischen Geschehens zum Ausdruck.

Westphal (82) gibt uns in seinem Lehrbuch (s. Beitrag *Cramer*) nur wenige pathogenetische Bemerkungen zur Hysterie. Diese ist „eine Erkrankung der Vorstellung", der Hysteriker weist einen bestimmten Charakter auf (mit Labilität, Ablenkbarkeit, Bestimmbarkeit). Es handelt sich bei der Hysterie um eine rein psychogene Affektion, die ihre Behandlung dem Psychiater zuweist.

Die neuere Psychiatrie bekennt sich fast einstimmig, und ihr folgend auch die immer noch vorwiegend psychologisch eingestellte Neurologie, zu einer Theorie vom Beginn des 2. Dezenniums unseres Jahrhunderts: der Hysterie liegt der *Wunsch, krank zu sein*, zugrunde. In mehr oder weniger ausgesprochener Weise sind sich alle „Schulpsychiater" über diese Genese einig; die „Affekttheorie" (*Lewandowski*) plus „Suggestionstheorie" (*Babinski*) haben zur „*Wunsch*-Theorie" geführt. Eine Anschauung, die wir etwas näher betrachten wollen, zuerst kurz allgemein, um nachher den speziellen Richtungen der einzelnen Autoren nachzugehen, soweit sie nicht die Wiener Schule betreffen.

Daß zu dem von dieser aufgestellten Begriff der „Verdrängung" nahe Beziehungen bestehen, geht schon aus dem von *Freud* geprägten Schlagwort „Flucht in die Krankheit" hervor. Der Wunsch bewirkt, indem er aus dem Unterbewußtsein heraus das „reale" Bewußtsein beiseite schiebt und es im Sinn einer Empfindung, das Kranksein sei „normal", verändert, die „Flucht aus der Gesundheit" heraus.

Damit ergibt sich auch der Berührungspunkt mit der Anschauung von der Spaltung der Persönlichkeit, indem dem Wunsch eine „Erfüllungstendenz" immanent ist, ein Zuwiderlaufen oft auch gegen den Willen des Individuums.

Dementsprechend ist der Wunsch nur als „unspezifisch pathogen" aufzufassen, lediglich im Sinne einer allgemein gerichteten Kraft, die den Kranken nach einer bestimmten Richtung hin treibt, ohne daß ihm gestaltende Qualitäten innewohnten. Die Fälle z. B. des hysterischen Schreibkrampfs nach Tadel des Lehrers sind ja viel seltener als die „traumatische Hysterie", die für diese Theorie den typischen Entstehungsmechanismus abgibt und als das *Ganser-Moeli*'sche Syndrom bekannt ist. In einzelnen Fällen wird sich dem Wunschcharakter noch der *Zweckcharakter* zur Verdeutlichung der Zusammenhänge beigesellen, so z. B. bei Inhaftierten oder bei Frontsoldaten (letzteres s. Kapitel „Kriegshysterie").

Die einzelnen Autoren bringen das Gemeinsame ihrer Anschauung auf verschiedene Art zum Ausdruck:

Bonhoeffer ist noch etwas weiter gegangen, indem er den *Willen* zum Kriterium der Hysterie machen will: „Was dem hysterischen Typus seine charakteristische Farbe verleiht, ist, daß die Abspaltung der psychischen „Komplexe" [111]) unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gearteten Willensrichtung geschieht. Das Durchscheinen dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung ist das, was uns speziell als hysterisch imponiert". Für diese Wunsch-Willens-Ätiologie der Hysterie gründet sich *Bonhoeffer* hauptsächlich auf die infolge von Massenkatastrophen (Messina, Valparaiso) nach *Stierlin* eingetretenen hysterischen Affektionen, wo die *groben* Wunschfaktoren, wie sie bei der traumatischen Neurose vorhanden sind, zurücktreten.

Kohnstamm [112]) gibt uns in seinem „defekten Gesundheitsgewissen", einem seit ihm viel zitierten „geflügelten Wort", dem allerdings keine tiefere Bedeutung zukommt, das Negativ von dem im Terminus „Wunsch" ausgedrückten Positiv.

Hellpach [113]) sieht die spaltende Wunschtendenz, die dem hysterischen Reaktionstypus eignet, als „intensive, extensive und qualitative Vermehrung der psychogenen physischen Vorgänge (der Ausdrucksbewegungen im weitesten Sinne des Wortes) und ihre Disproportionalität zu den Gemütsbewegungen" (50); eine Auffassung, die im übrigen zahlreiche Berührungspunkte hat, mit der oben allgemein wiedergegebenen Auffassung der „Wunschtheorie".

---

111) Komplex = ein durch einen Affekt zusammengehaltenes Vorstellungsbündel *(Bleuler)*.

112) System der Neurosen.

113) Psychologische Nervenheilkunde; Philosophische Studien, Bd. XIX; Grundlinien einer Psychologie der Hysterie, Leipzig, 1904.

Vom Prinzip der psychischen Ambivalenz geht auch *Gaupp* (23) aus, wenn er von einer „angeborenen Disharmonie" redet, deren Ausdruck die hysterische Reaktionsweise ist oder auch, wenn er von einer „Flucht in die Krankheit als der durch keine sekundären Entwicklungsanomalien getrübten reinen Auswirkung des hysterischen Charakters" spricht. Als Voraussetzungen für dieses pathologische Verhalten nennt *Gaupp* eine gesteigerte Suggestibilität, abnorme Gemütserregbarkeit, Leichtigkeit der Umsetzung seelischer Vorgänge in körperliche Symptome, ein Mißverhältnis zwischen auslösender Ursache und affektiver Ausdrucksbewegung, die Neigung zu phantastischem Denken und Tagträumen, ein Schwanken der Aufmerksamkeit und die Bewußtseinseinengung durch Abspaltung seelischer Vorgänge. Grundlage ist, im allgemeinen gesagt, eine angeborene Abnormität, äußere sie sich nun als degenerative Variante, als ungünstige Spielart oder als vererbte Anlage. Bei *Gaupp* wird zum ersten Mal der Begriff der „hysterischen Reaktionsweise", des nicht als „Ens morbiditatis" zu betrachtenden reaktiven und nur aus der Umwelt zu verstehenden Momentes der hysterischen Persönlichkeit in den Vordergrund gestellt in einer Weise, wie sie von der modernen Psychiatrie dann weiter ausgebaut worden ist, bei deren Darstellung wir auch auf einzelne von *Gaupp*'s Gedankengängen zurückkommen werden (s. S. 130 ff.).

Aschaffenburg umgrenzt die Hysterie als gekennzeichnet durch das „Mißverhältnis des Reizes, vor allem des gefühlsbetonten, zur Reaktion, die nicht selten die Eigenart zeige, Vorstellungen und Empfindungen in körperliche Erscheinungen umzusetzen (zit. bei *Romberg jr.* [60]).

Als Ausdruck der Wandlung in der Hysterieauffassung ist auch die von *Robert Sommer*[114]) vorgeschlagene Bezeichnung „P s y c h o g e n i e" statt Hysterie zu verstehen, die auch wir, trotzdem sie vielerorts auf Ablehnung gestoßen ist, für die jetzige Gestalt des Begriffsbildes akzeptiert haben. Auf ihre nähere Bewandtnis wollen wir später kurz eingehen und hier nur feststellen, daß die klinische Scheidung: Was ist psychogen, was nicht? oft auf große Schwierigkeiten stößt, da eben von Anfang an die Definition „psychogen" nicht genau festgelegt war (*Birnbaum*, 7).

Bevor ich mich dazu wende, an Hand einer Skizze zur „Kriegshysterie", die sich herausdifferenzierende Hysterieauffassung darzustellen, seien hier als Abschluß noch einige Definitionen deutscher Psychiater von allgemein anerkannter Bedeutung genannt als anschauliches Beispiel dafür, wie uneinheitlich zu Beginn des Krieges die Anschauung vom Wesen der Hysterie doch eigentlich noch war:

Kraepelin [115]) „Als wirklich einigermaßen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen dürfen wir vielleicht die außer-

114) Diagnostik der Geisteskrankheiten.

115) Lehrbuch der Psychologie, 8. Aufl.; klinische Psychologie, 1915, III. Teil, S. 1647.

ordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen", und weiterhin: „. . . . die Ausstrahlung der Gemütsbewegungen auf andere Gebiete des körperlichen und geistigen Lebens und ihre Umsetzung in Krankheitserscheinungen, die, der Hauptsache nach, übertriebenen und verzerrten Ausdrucksformen seelischer Erregung entsprechen".

Meyer [116]) verweist, wie *Lewandowski*, darauf, daß „der Affekt zu den unumgänglichen Vorbedingungen der Hysterieerzeugung gehört", *Bumke* [117]) auf die Bedeutung der Suggestibilität, indem die psychogene Reaktion an das normale Seelenleben anknüpft.

Nach *Bleuler* [118]) handelt es sich bei der Psychogenie „um eine psychische Reaktionsweise auf unangenehme Situationen, die nicht ertragen werden wollen und vor denen man in die Krankheit flüchtet oder in dieselbe gedrängt wird"; also das Zweckvolle steht im Vordergrund, wie wir es oben schon gesehen haben. *Sokolowski*[119]) wiederum definiert die Hysterie direkt als den „Willen zur Krankheit".

So treffen wir im deutschen Sprachgebiet auf die verschiedensten Auffassungen von den hysterischen Mechanismen, Diskrepanzen, die sich aber unter der Führung von *Bonhoeffer* und *Gaupp* im Verlauf des Krieges zu einer mehr einheitlichen Begriffsbildung zusammenfanden.

Die aus den Kriegserfahrungen gewonnenen neuen Ansichten über die Hysterie.

An dieser Stelle scheint es mir ein Bedürfnis zu sein, die „diesseits und jenseits des Rheins" in der Hysteriefrage während der 4 Jahre des Weltkriegs gemachten Beobachtungen im Zusammenhang anzuführen. Einerseits, um auch hier die Differenz der deutschen und französischen Betrachtungsweisen zu zeigen, aber auch um ein Beispiel zu geben, wieviel weiter uns die so oft als willkürlich verschiedene Massenpsychologie in kurzer Zeit bringen kann und schließlich, um einzelnen bisher erwähnten Autoren (*Babinski* und *Oppenheim*) in ihrer weiteren Entwicklung gerecht zu werden. Wir möchten zuerst die französischen Resultate klarlegen und auf dem Wege über die in gleicher Weise auch deutscherseits erhaltenen Ansichten auf die „deutsche Kriegspsychiatrie" zu sprechen kommen, und zwar alles in summarischer Kürze.

---

116) Die Kriegshysterie, Deutsche Med. Wochenschr., Bd. 42, S. 69.

117) Suggestibilität, psychogene Reaktion und hysterischer Charakter, Berl. klin. Wochenschr. Bd. 55, S. 1185.

118) Lehrbuch der Psychologie, 1. Aufl., 1916.

119) Die Willensrichtung der Hysterischen und die funktionellen Phänomene, Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. Bd. 29, S. 252.

Wie wir gesehen haben, ist das Kriterium, ob eine Störung hysterisch ist oder nicht, für *Babinski* — unter Berufung auf den alten Spruch: Naturam morborum curationes ostendunt (zit. nach *Bing*) — zunächst die Heilbarkeit auf ausschließlich psychotherapeutischem Wege; später nahm er auch ihre experimentelle Reproduzierbarkeit in seine Definition auf (s. oben S. 90) ff.). Als letzten Schritt ließ er aber diesen beiden eine weitere These folgen, wonach die Hysterie nur solche Phänomene zu erzeugen imstande ist, die in identischer Erscheinungsweise auch *willkürlich nachzuahmen* sind. Das soll nicht so verstanden werden, als ob die „klassischen" hysterischen Zustandsbilder (Anfall, Lähmung, Anästhesie, Gesichtsfeldeinschränkung, Mutismus, Tics usw.) als etwas vom Patienten mit vollem Bewußtsein Gewolltes aufzufassen wären (entsprechend dem Zitat auf S. 93). Aber nach *Babinski* kann „ein hysterisches Syndrom nur unter Zuhilfenahme genau derselben Mechanismen entstehen, die auch den willkürlichen Innervationen zur Verfügung stehen", wie *Bing* (5, u) diese Doktrin prägnant wiedergibt. Alle irgendwie organisch anmutenden Erscheinungen, wie die trophischen, vegetativen und vasomotorischen Störungen (Blutungen, Zyanose, Ödeme u. a.), lehnt *Babinski* als psychogen strikte ab. Er verweist sie ins Gebiet der von ihm neu entdeckten „troubles physiopathiques", d. h. der somatisch bedingten und von der Psyche des Kranken nicht beeinflußten, daher auch suggestiven Behandlungsmethoden unzugänglichen nervösen Betriebsstörungen" (*Bing*, l. c.).

Wir bringen diese letzte Phase der Entwicklung der *Babinski*'schen Hysterieauffassung erst hier, weil wir sie zum großen Teil in Zusammenhang bringen dürfen mit den Beobachtungen, die er als dirigierender Arzt eines neurologischen Feldlazarettes zu Beginn des Krieges machen konnte. Hier war es ihm möglich, unter Benützung des gewaltigen Materials seine Anschauung von der Hysterie zu einem scharfen Dualismus auszubauen, sodaß sich seine Vermutung („la nature humaine n'ayant pas changé, il y avait tout lieu d'admettre que les accidents hystériques se multiplieraient de nouveau si les conditions favorables à leur développement se reproduisaient" [zit. nach *Imbert* (35)] bewahrheitete.

Diese „physiopathischen Störungen" oder „troubles nerveux d'ordre réflexe" äußern sich bald allein als Lähmungen, Kontrakturen, Atrophien, vasomotorische Störungen, bald in Verbindung mit psychogenen Störungen („physio-psychopathisches Syndrom", *Meige*) und weisen eine Reihe von spezifischen Charakteristika auf (konstante, vasomotorische, thermische Störungen als Begleitsymptome, mechanische und elektrische Übererregbarkeit der Muskulatur und der Nervenstämme und Hyperreflexie in Chloroformnarkose). Sie wurden einige Zeit früher schon von *Hunter* (1839), *Charcot* und *Vulpian* (1886) beschrieben und als Auswirkungen zentraler reflektorischer Hemmung oder Steigerung erklärt. *Babinski* und *Froment* (4, f, g, i, k) kommen auf Grund ihrer Ar-

beiten im Feld zum Schluß, daß diese zentrale Störung aus einer zentripetalen Fortleitung des Reizes an der Stelle des Traumas zu verstehen ist, wobei fraglich bleibt, ob die cerebrospinalen oder die sympathischen Fasern dafür verantwortlich sind, während die zentrifugalen Störungen sicher auch *sympathische Mitbeteiligung* erfahren. In unserem Zusammenhang sind diese Befunde nur insofern von Interesse, als sie die scharfe Trennungslinie zwischen psychogenen und physiogenen Affektionen der *Babinski*'schen Schule drastisch hervorheben und deren neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Kriegshysterie in ihrer Bedeutung für die Hysteriediagnose beleuchten, da sie sämtlich die Kriterien *Babinski*'s als immer berechtigter aufzudecken scheinen [120]). *Babinski* und *Froment* gelangen nämlich zu folgenden Resultaten, die mit ihrer „Friedenshysterie" übereinstimmen:

1. Zwischen psychischer Erschütterung und Hysterie besteht kein kausaler Zusammenhang.
2. Das Kriegsleben spielt für die Hysterie nur die Rolle eines dispositionellen Faktors.
3. Die Neurose weist einen neuen Charakter auf durch Vermengung mit funktionellen Störungen, mit simulatorischen Produkten und einer psychischen Fixation traumatischer Schädigungen aus vitalem Interesse heraus.
4. Einzelne hysterische Störungen „physiopathischen Gepräges" sind auf heimliche Praktiken (Selbstverstümmelung) zurückzuführen.
5. Die rein psychogenen Störungen sind mit Psychotherapie heilbar.

Daß gewisse „pithiatische" Störungen gegen den Willen des Patienten einer psychischen Behandlung Widerstand leisteten und die „physiopathischen" Schäden der letzten Kriegszeit schneller heilten (*Delmas*), scheint *Babinski* allerdings, vielleicht mit Absicht, nicht bemerkt zu haben, soll aber hier als erste Lücke in aller scheinbaren Dichtigkeit jener „Scheidemauer" doch erwähnt werden. Und wie bald sollte diese Lücke zur Bresche erweitert werden!

Als Kronzeugen für die Richtigkeit der Annahme von „physiopathischen Störungen" zitieren die Vertreter der *Babinski*'schen Meinung (*Imbert-Froment*) aus den Nachkriegsjahren *Albert* [121]), der eine Persistenz der betreffenden Schädigungen beobachtet haben will, und als „gegnerischen Partner" *Oppenheim*, indem dieser zu genau denselben klinischen Resultaten gelangt sein soll, d. h. zu Zustandsbildern, die

120) In diesem Sinn ist vor allem *Clovis Vincent* mit seiner berüchtigten „Torpillage", der brutalen, von so großem Erfolg gekrönten Elektrotherapie in den Feldlazaretten zu erwähnen.

121) Contribution à l'étude clinique et expérimentale des troubles vasomoteurs d'origine traumatique, 1924.

1. ohne Suggestion entstanden sind,
2. durch Psychotherapie nicht geheilt werden können, und
3. auch im tiefsten Narkosezustand nicht verschwinden.

Wenn wir den Nachdruck bei *Oppenheim*'s Publikation auf das Klinische legen, so haben die französischen Autoren recht. In pathogenetischer Hinsicht dagegen besteht eine erhebliche Differenz. Darin täuschen sich also die betreffenden Autoren (*Imbert, Froment*); denn *Oppenheim* [122]) postuliert als Substrat der den „troubles physiopathiques" analogen Erscheinungen eine „auf feinsten anatomischen, nicht greifbaren aber doch physikalisch entstandenen Veränderungen des Nervengewebes" und zwar als „Wirkung der Verlagerung feinster Elemente" in Form von *Sperrung und Zerreißung* (Diaschisis) *von Bahnen und Zusammenhängen. Oppenheim* hat sich also einen gewissen Dualismus bewahrt, indem er für die (eigentliche) Hysterie eine psychische, für die übrigen (traumatischen) Neurosen aber eine somatische Genese postuliert. Dieser Standpunkt wurde ihm von den Zeitgenossen zum schweren Vorwurf erhoben und scharf bekämpft, was besonders auf der Münchener Tagung deutscher Nervenärzte im Jahre 1916 von Seiten *Bonhoeffer*'s, *Nonne*'s und *Kaufmann*'s zum Ausdruck kam [123]).

Wenn wir hier *Oppenheim* im Anschluß an das französische Postulat von den reflexartigen Störungen nennen, so deshalb, um den Altmeister der deutschen Neurologie von dort aus in seiner beharrlichen Stellungnahme verständlich erscheinen zu lassen und zu entschuldigen. Denn wenn durch namhafte Autoren in ganz anderem „Milieu" dieselben Beobachtungen gemacht wurden, so muß das doch seine gewisse Berechtigung haben. Wir möchten nicht der *Oppenheim*'schen Hypothese beipflichten, es aber doch als denkbar offen lassen, daß gewisse nicht hysterische, „neurotische" Störungen von psychogenem Aspekt doch auf organische Läsionen irgendwelcher Art zurückzuführen sind. Damit würde *Oppenheim*, wie *Babinski* das ja auch getan hat, sich mit seinen Annahmen ganz außerhalb des Gebietes der Hysterie stellen, sodaß der ihm von psychiatrischer Seite gemachte Vorwurf damit annulliert wäre. Inwiefern das auf die Dauer der Fall ist, wird erst die weitere Bearbeitung des so gewaltigen Beobachtungsgutes aus dem Kriege definitiv bestätigen, denn erst unter diesen veränderten Verhältnissen wird eine Weiterführung des Begonnenen möglich sein.

Das Verdienst, auf diese gänzlich anders gestaltete wissenschaftliche Situation hingewiesen zu haben, gebührt vor allen *Pönitz*, der uns in einer zusammenfassenden Arbeit mit den Ergebnissen der Hysterieforschung während des Weltkrieges bekannt macht (53).

122) Für und wider die traumatische Neurose, Neurol. Zentralbl. 35, 1916,
123) S. den Bericht der Tagung unter gleichem Titel.

Die Bedingungen in der militärärztlichen Tätigkeit bieten Vor- wie Nachteile: „Infolge der einförmigen militärischen Lebensverhältnisse und der seelischen Uniformierung“ ist die Analyse der Wünsche und Strebungen viel leichter. Ähnlich wie bei den Haftpsychosen ist die „psychologische Einfühlung“ erleichtert, da der Mensch hier „nicht nur Mensch, sondern auch ‚Mitmensch‘ “ (*Anton*) ist. Anderseits führt das kollektiv-psychologische Vorgehen, als erkenntnistheoretische Methode unanfechtbar, zu Unsicherheiten in der Beurteilung des Einzelfalles, indem die Motive und Wurzeln der hysterischen Phänomene eigentlich doch der intuitiv vorgehenden individualpsychologischen Forschungsrichtung vorbehalten bleiben sollte, wie sie die Psychoanalyse [124]) und die Assoziationsversuche von *Engelen* und *Rangette* [125]) darstellen. Zu welchen Resultaten die mehr exakt mathematischen Massenmethoden (à la *Kaufmann* u. A.) geführt haben, soll in Folgendem gezeigt werden, ohne daß auf Einzelheiten einzugehen ist.

Pönitz betont, daß eben der Beweis für die nachstehend erörterte Mechanik hysterischer Erscheinungen gar nicht individualpsychologisch erbracht werden kann, sondern daß die Massenbeobachtung zur Erhärtung der Genese psychogener Störungen herangezogen werden muß.

Als Conditio sine qua non sämtlicher hysterischer Störungen, von denen 18 typische Fälle geschildert werden, ist der *Wunsch der Kranken, ihr Interesse daran* entweder als auslösendes oder als fixierendes Moment zu betrachten. Beweisende Tatsachen dafür sind:

1. das Fehlen von Hysterie bei Kriegsgefangenen,
2. das umgekehrt proportionale Verhältnis betr. Schwere der organischen und der hysterischen Krankheitskomponente,
3. daß sich das Auftreten kriegshysterischer Störungen in auffälliger Weise den für das Individuum günstigen Situationen angepaßt und in Schwere und Verlauf durchaus nicht in Parallele gesetzt werden kann,
4. die Seltenheit von hysterischen Affektionen bei Kriegerfrauen, sowie bei „Zivilbewohnern in einem schwerer Beschießung ausgesetzten Operationsgebiet“.

Punkte, denen trotz einzelner möglicher Einwände in ihrer Gesamtheit eine unwiderlegliche, wuchtige Beweiskraft zukommt für die Richtigkeit obiger These, wenn wir nach *Pönitz* urteilen wollen.

Wir hätten es also mit einer Bestätigung der Wunsch-Willens-Theorie *Bonhoeffer*'s zu tun, die ihre im Krieg gemachten Beobachtungen zusammenfaßt (als Antithese gegen *Oppenheim*'s „traumatische Neurose“): „Bei der Kriegshysterie handelt es sich um

124) *Abraham:* Ref. auf dem psychoanalytischen Kongress in Budapest, 1918.
125) Neue Forschungswege bei traumatischer Neurose, Berlin, 1919.

den ins psychopathische Gewand gekleideten Wunsch, dem Frontdienst mit seiner Lebensgefahr . . . zu entrinnen" (zit. nach *Braun*, 26), eine auf gesteigerte Autosuggestibilität, Erwartung auf Fixierung, Verstärkung oder Aktivierung biologisch-somatischer Mechanismen zurückzuführende Zweckeinstellung des Betreffenden.

Auf die weiteren Gedankengänge von *Pönitz*, die das „Wie" dieser Mitbeteiligung des Willens des Kranken näher erläutern, soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden, da diese Ausführungen in keinem Zusammenhang mehr stehen mit den Arbeiten über die Kriegshysterie.

Nach diesen mehr nur andeutenden Bemerkungen zum interessanten Kapitel der Hysterie während das Weltkrieges sind wir in der Lage, die modernen Ansichten zur Hysterie überhaupt etwas näher zu verfolgen.

Der moderne psychiatrische Hysteriebegriff.

Am Schluß dieses Kapitels wollen wir versuchen, die Ansichten über die Hysterie von heute in Form einer andeutenden Synthese wiederzugeben. Ein bei dem reichlichen Schrifttum über diese Materie nicht ganz leichtes Unternehmen, dem man daher einzelne Mängel auch zugute halten möge, zumal sie der Feder eines „Theoretikers" ohne jede praktische Erfahrung entstammen.

Wenn wir eine Definition an die Spitze stellen wollten, so wären wir, angewiesen auf die verschiedenen Anläufe dazu, schon in der Klemme. Denn sie alle heben einzelne Stücke des Gesamtbildes hervor und beweisen schon damit, daß eine Einheit, die Hysterie aus einem Guß, eben gar nicht existiert, entsprechend der *Gaupp*'schen Formulierung, die Hysterie sei keine Krankheit sui generis, sondern eine der (psychopathischen) Reaktionsformen auf die Erscheinungen des Lebens [zit. nach *Curschmann* (14)]. Die Hysterie als solche hat, wie *Reichardt* (56) sich ausdrückt, nur zwei Berührungspunkte mit dem Begriff „Krankheit": einmal kleidet sich ein krankhafter Grundzustand in hysterische Ausdrucksform, und dann können die willkürlichen hysterischen Aggravationsversuche „erfaßt von dem unerbittlichen Triebwerk psycho-physischer Kausalität in einzelnen Fällen so weit reflektorisch werden, daß wir sie als hysterische Erkrankung bezeichnen dürfen" (*Kretschmer*). Wenn *Dukor* (71) von „hysterischem Formenkreis" spricht, so soll in dieser Bezeichnung derselbe Standpunkt ohne jede Präjudizierung einer inneren Zusammengehörigkeit der nachher auszuführenden psychopathologischen Kategorien zum Ausdruck kommen. Unter Berufung auf *Kraus* [126]) hebt auch *Pönitz* (53) hervor, daß es keine Krankheiten, sondern nur „kranke Menschen" gibt, jede Aufstellung von Krankheitstypen als etwas

126) Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person, Klin. Syzygiol., Leipzig, 1919.

der Natur Fremdes nur heuristischen Forschungswert hat und daher diese Abgrenzung weitgehenden zeitlichen Schwankungen unterworfen sind und sein müssen.

Aber was ist denn eigentlich das, was man heute als „Hysterie" bezeichnet? Nach der einheitlichen Auffassung aller Psychiater muß man darin verschiedene „Teile" auseinanderhalten, oder besser gesagt: es sind im früheren Hysteriebegriff voneinander grundsätzlich verschiedene, als einzelne „Bruchstücke" auch selbständig mögliche Erscheinungsformen irrtümlicherweise zusammengeschmiedet worden, die streng getrennt zu betrachten sind. Wenn *Hauptmann* den Mechanismus, der die körperlichen Symptome zustande kommen läßt, unterschieden haben will vom Motiv, das ihn in Gang setzt, und *Boschi*[127]) zum Erlebnis gelangt, es gebe hysterische Reaktionen, die zwei Bedingungen voraussetzen: eine seelische Abnormisierung und das physiologische Autonomwerden sonst untergeordneter cerebraler Apparate, so dürfen wir daraus, abgesehen von der vorbildlichen Blickweite (die besonders *Bing* (5, u) hervorhebt), die Komplexität des heutigen Hysteriebegriffes ahnen.

Aber nicht nur die Psychiatrie, sondern auch *philosophische* „Bearbeiter" des „Psychogenieproblems" bringen dies zum Ausdruck: So etwa, wenn *Scheler* (zit. nach *Schultz*, 26) von „übermäßigem Leben im anderen, gesteigerter Ausdrucksmäßigkeit bei innerer Leere und Kälte" oder *Klages* (l. c.) von einem „Rückschlag des Darstellungsdranges gegen das Gefühl der Lebensohnmacht" sprechen und dabei die Betrachtung der Hysterie als „lebendiges Ganzes" fordern. Auch *Janet* dürfen wir hier zitieren (vgl. oben S. 98 ff.) mit seinem Kardinalstigma der geistigen Dissoziation, das sich in einer Uneinheitlichkeit und Zerrissenheit des Erlebens, einem grotesken Schleudern und Abreißen der Stimmungen äußert: Alles Andeutungen für die im Hysteriebegriff investierte Mannigfaltigkeit der Phänomene. Versuchen wir eine Auflösung dieses unentwirrbar erscheinenden Knotens, soweit er in unseren Zusammenhang gehört! (Dabei ist zu bemerken, daß die Bemühungen um das Wesen der Hysterie auf Kosten derjenigen um ihr äußeres Bild unter der deutschen Forschungsaera sich immer mehr erweitert haben, sodaß wir heute ziemlich weit ausholen müssen, um alle Teile dieses Bildes zu berücksichtigen).

Im „populären" Hysteriebegriff, wie er auch außerhalb der Leute vom Fach unter den Ärzten immer noch verbreitet ist, sind verschiedene Erscheinungsformen enthalten (26):

1. Die hysterische Reaktionsweise,
2. der hysterische Mechanismus,
3. der hysterische Charakter,
4. die hysterischen Symptome.

---

127) Giorn. di Psichiatria, 1923, p. 163; Patogenesi e psicogenesi del isterismo, Ferrara, 1924. (Zit. nach *Bing* [5 u]).

Als weitere (Einzel)-Manifestation möchte *Dukor* (71) noch die hysterische Neurose spezifiziert wissen, sodaß wir es also mit 5 Teilfaktoren zu tun haben können, wenn wir die Diagnose „Hysterie" stellen, und daß wir daher über die Einzelheiten dieser Ausdrucksformen etwas mehr wissen müssen, ganz abgesehen von dem theoretischen Interesse an der Entwicklung und der Sachlage um die Hysterie.

1. Die hysterische Reaktionsform.

Der Ursprung dieser Abtrennung geht, wie wir verschiedentlich gesehen haben, auf *Gaupp* (23) zurück. Sie ist als solche ein allgemein psycho-pathologischer Begriff, gehört durchaus auch dem normalen Seelenleben an, worauf ja *Hoche* („Jeder Mensch ist hysteriefähig") und *Forster*[128]) immer wieder hingewiesen haben, und sollte darum an entsprechender Stelle in den Lehrbüchern der Charakterkunde und Psychiatrie figurieren (*Pönitz*). Sie gehört als einer der verschiedenen Modi zur großen Gruppe der psychogenen Reaktionen und muß daher nach ihrem äußeren Aspekt und ihrem Motiv auseinandergehalten werden.

Nach außen gesehen, liegt ihr ein durch bestimmte Willens- und Wunschrichtung aufgedrückter Tendenz- und Verstellungscharakter zugrunde. Auf dieses letzte Moment weist neben *Krisch* (s. unten) besonders die Basler Schule (71) nachdrücklich hin, indem sie der Meinung ist, daß die in der hysterischen Reaktionsform liegende Tendenz vorwiegend intrapsychisch gerichtet ist und erst durch die von ihr erzeugten Symptome auf die Umwelt wirkt. Hieher gehört auch die „soziale hysterische Reaktion" von *Reichardt* (56), wenn der Betreffende dabei mit seinem Willen haftbar ist, was in späteren Stadien beim hysterisch Reagierenden nicht der Fall zu sein braucht, da die Reaktion einem in Bewegung gesetzten, nicht mehr anhaltbaren Schwungrad gleicht (*Reichardt*, l. c.).

Wenn wir vom Motiv reden, so verstehen wir darunter mit *Hellpach* im Gegensatz zum „Werkzeug der Hysterie" (der Wirkung der Reaktion auf die Umwelt) die „Hysterie selber, ihre Bewegerin" (*Hellpach*), den „Regisseur im Hintergrund" (*Anton*), die gesamte Grundlage der hysterischen Reaktion, ihre Ätiologie.

Die besondere Disposition dazu liegt nicht, wie *Kraepelin* meint, in der „Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das ganze Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen (vgl. S. 125)", sondern (*Gaupp*, 23) in der Störung der „festen Zuordnung zwischen gefühlsmäßigem Erleben, intellektueller Verarbeitung und bewußter Willensbetätigung", in der Ausschaltung des zwischen Reiz und Reaktion eingeschalteten, fein regulierten

128) Hysterische Reaktion und Simulation, Monatsschr. für Psych. und Neurol., Bd 42.

„Hemmungsapparates“. In Weiterführung dieser Gedanken verweist *Kretschmer* auf den primitiven Charakter (seine „Primitivreaktionen“) dieser Ausdrucksformen (s. unten) und ihr Vorkommen bei Kindern, Frauen und Oligophrenen, denen eine Schwäche des psychischen Überbaues, eine unvollkommenere Beherrschung der triebhaft instinktiven Tiefenschichten durch die höheren Funktionen, eine Autonomie des „Binnenbewußten“ (*Nachmansohn*; 48, b), gemeinsam ist. (In diesem Sinne ist die „Entwicklungshysterie“ von *Kraepelin* zu verstehen). *Bleuler* (8) sieht als Bedingungen für die hysterische Reaktion folgende Tatsachen an:

1. die Unfähigkeit, Strebungen auf normale Weise durchzusetzen,
2. die aus der Schwäche des „Gesundheitsgewissens“ (*Kohnstamm*) abzuleitende Tendenz, auf diesem Umweg einen Notbehelf zu schaffen,
3. die starke Ausbildung der schizoiden Spaltungsfähigkeit bei Unfähigkeit zu voller Abstellung unterdrückter Strebung,
4. schaltungskräftige, aber labile Affektivität, die im gegebenen Moment doch einer einzelnen Strebung die Herrschaft verleiht und zugleich die Ideenassoziation abnorm stark in ihrem Sinn dirigiert,
5. leicht manisches Temperament mit lebhaften Wünschen und dem Bedürfnis, die eigene Persönlichkeit zur Geltung zu bringen.

In diesen Formulierungen ist der *Kohnstamm*'sche Begriff bereits enthalten; dabei ist nicht zu unterscheiden, „wieviel auf Nichtwollen und wieviel auf Nichtkönnenwollen beruht“ (*W. von Jauregg*, zit. nach *Siebeck* [70]). *Hellpach* nennt die leichte Lenksamkeit im gleichen Zusammenhang, *Kehrer* die „Sensationslüsternheit“.

Wenn wir schließlich auf die *auslösenden Ursachen* zu sprechen kommen, so ist hier vor allem zu nennen die affektive Erschütterung im Sinne von Schreckeinwirkung, dann Erwartungs- und Befürchtungsvorstellungen, worauf besonders *Birnbaum* (7) hinweist. Damit sind wir jedoch schon in den Bereich der hysterischen Mechanismen eingetreten. Deshalb soll abschließend noch einmal gesagt werden, daß hysterische Reaktion nur auf dem Boden einer psychopathischen Anlage sich ausbilden kann, wie wir sie oben umschrieben haben, und daß alle äußeren Einwirkungen, wie sie zur kindlichen, zur sozialen (*Reichardt*) und zur „Degenerationshysterie“ (*Kraepelin*) führen, niemals ohne diese krankhafte Grundlage denkbar sind.

2. Die hysterischen Mechanismen.

„Eine Verstellungstendenz bedient sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen“ (*Braun*, 26). Diese Formulierung können wir als Leitmotiv über unsere Ausführungen setzen; sie sagt uns zugleich auch, in welchem Verhältnis der hysterische Mechanismus zur hysterischen Reaktion („Verstellungstendenz“) steht.

Wir können hier unterscheiden zwischen Mechanismen, die in der Organisation unseres Zentralnervensystems vorgebildet sind und solchen, die „beliebiges, durch den Zufall des individuellen Lebens ihr in die Hände gespieltes Material“ benützen (*Dukor*, 71).

Die erste Gruppe haben wir hier nur zu vervollständigen, da sie z. T. schon in früheren Abschnitten (s. „lokalisierende Hysterie“) abgehandelt wurde. Das gilt von der durch *Bing* (5) vertretenen Theorie der psychogenen Enthemmung subcorticaler, in der phylo- und ontogenetischen Entwicklung unseres Zentralnervensystems vorgebildeter Bewegungsapparate, die „fertige Schablonen“ darstellen für die entsprechenden hysterischen Mechanismen.

Hier sei nur noch die Erweiterung dieser Anschauung durch *Nachmansohn* (48, a), den kürzlich verstorbenen Schweizer Nervenarzt, nachgetragen. Als Anhänger der *von Monakow*'schen Hypothese vom funktionellen Abbau (s. S. 115 f.) läßt er durch den Wegfall der Hemmung nur die im individuellen Leben erworbenen Apparate betroffen sein und verbindet auch den *Freud*'schen Begriff der Verdrängung mit demjenigen der Enthemmung, indem er jene als Bedingung für diese auffaßt, die dann ihrerseits eine binnenbewußte, gesteigerte Erregung in subcorticalen Zentren und entsprechende vegetative und motorische Störungen herbeirufen kann. Auch die *Sahli*'sche Präformation in der Gestalt des Interzentralsystems (s. S. 48 ff.) wurde schon erwähnt, ebenso die Analogien, die *Kretschmer* zwischen den motorischen hysterischen Entladungen und den phylogenetisch alten Schutzreflexen niederer und höherer Tiere entdeckt hat (S. 71). Ähnliche Vergleiche könnte man ziehen *(Moercken, Oettli;* zit. nach *Dukor)* zwischen der in der ganzen Tierreihe beobachteten Mimikry und dem Mimen von Geisteskrankheit beim *Ganser*'schen Snydrom, beim hysterischen Puerilismus, der hysterischen Pseudodemenz und bei der Pose körperlicher Krankheit. Oder mit *Dukor* (78) auch an die hysterischen Fluchtreaktionen als Entladungen mit der intrapsychischen Tendenz eigenen Krankheitsgewinns erinnern, wenn wir damit nicht schon über den Kreis spezifischer, in unserer Organisation vorgebildeter Mechanismen hinausgelangt wären, da ja schließlich die Begabung der Nachahmung und Vortäuschung allen Lebewesen eigen ist.

Dagegen ist die *Kretschmer*'sche Anschauung in der Weise, wie wir sie eben zitiert haben, nur Teilstück eines größeren umfas-

senderen Zusammenhangs, den wir jetzt wiederzugeben versuchen wollen.

Ausgehend von der Beobachtung, daß der Patellarreflex durch eine leichte willkürliche Innervation des Musculus quadriceps bedeutend verstärkt werden kann [129] und auf Grund der bei diesem Versuch entdeckten Gesetze (Willensumpuls bringt eine unterschwellig gereizte Reflexbahn in Gang und unterhält den Reflex, der trotzdem die ursprüngliche Form beibehält, während die Willkürlichkeit „durch einen psychologischen Konkurrenzvorgang innerhalb der mit dem motorischen Ablauf verbundenen Empfindungsfolge" als subjektive Wahrnehmug verschleiert wird; kräftige Willensimpulse stören den Reflexablauf „und können ihrerseits von dem sie durchkreuzenden Reflexvorgang erschwert werden"), überträgt *Kretschmer* diese Gesetzmäßigkeiten auf die Hysterie. An Stelle des neurologischen Reflexes tritt der „akute Affektreflex", der nach Abklingen der „überschwelligen" Phase durch leichten Willensimpuls von seiten des Patienten aufrecht erhalten und in der Folge eingeschliffen wird. („Phase der willkürlichen Reflexverstärkung und Stadium der chronischen Reflexeinschleifung"). Es kommt zur kontinuierlichen Entwicklung vom Reflex zur Aggravation und zur Krankheit.

Diesen aus den Kriegserfahrungen gewonnenen geistreichen Gedankengängen fügt *Kretschmer* (39) nach Friedensschluß weitere, wiederum auf eine „Kriegshysterie" sich gründende allgemeine Erwägungen hinzu, die dazu angetan sind, sowohl die phylogenetischen Analogien wie auch die Theorie von der Reflexverstärkung in sich aufzunehmen. Wie und wo werden wir sogleich sehen.

Ein bei elektrotherapeutischen Maßnahmen sich mit einem Schlag zum Bild eines Besessenen umwandelnder, vorher vernünftiger Offiziersbursche bildet *Kretschmer* diesmal den Vorwurf zu seinem mit viel Scharfsinn und reichlicher Schematisierung ausgesponnenen Vermutungen. In dem Patienten stecken zwei Willen: ‚ein natürlicher, ... der der eigentlichen Persönlichkeit des Besessenen entspricht, und den Therapeuten um Hilfe bittet gegen den anderen Willen, den „Teufel", der aus den Untergründen seiner Seele her Gewalt über seinen Körper hat. „Der erste entspringt aus seinen Motiven, der andere reagiert auf Reize, verhält sich zum ersten als Antagonist und zeigt drei Hauptphasen (Krampfstadium, Kollapsstadium, freies Intervall, wie die Beobachtung ergab) sowie folgende Eigenschaften :

1. Ansprechbarkeit auf Primitivreize,
2. einen groben Antagonismus (Negativismus, Befehlsautomatismus),

---

129) Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem, Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., Bd. 41; ref. bei *Pönitz* (53).

3. ein Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion (in dynamischer und zeitlicher Hinsicht).

Allen Merkmalen dieses „antagonistischen Willens" gerecht wird die Bezeichnung *„hypobulischer Willenstyp"*. Er tritt als Folge eines „Umschnappens" beim Angreifen gewisser hysterischer körperlicher Mechanismen auf und umgekehrt: „bei Druck gegen die hypobulische Willensverkrampfung springt der ganze Reflexmotor an". Daraus ergibt sich eine „Verzahnung" zwischen beiden, deren Lösung die Heilung des Hysterischen bedeutet.

Dieser „hypobulische Willenstyp" ist die onto- und phylogenetische Unterstufe des Zweckwillens und führt bei seiner alleinigen Machtergreifung zu den typischen archaischen Phänomenen des Bewegungssturmes (vgl. Erziehung eines Kindes und Dressur eines Pferdes); in Koppelung mit dem Zweckwillen ist er ein für das Ausdrucksleben des Individuums integrierender Bestandteil. Die Brücke zur „Reflextheorie" *Kretschmer's* finden wir in seiner „anatomischen Reihe", wo dem Zweckwillen die Großhirnrinde, das Extrapyridium dem hypobulischen, zur Katatonie führenden Willenstypus und das Rückenmark dem Reflex entspricht, der Affektreflex also wohl als Dissoziation zwischen „oberstem Stockwerk" und „mittlerer Etage" und seine willkürliche Verstärkung als Einfließen von Impulsen in den Subcortex aufzufassen wäre, wenn wir darauf beharren, die Ansichten *Kretschmer's* überhaupt zu einer einzigen Theorie zu verdichten. Das Schüttelzittern des Hysterischen wäre dann „der jüngere Bruder" des spinalen organischen Muskelspasmus, womit „die Synthese organisch-funktionell" hergestellt wäre, da es sich in einem Fall um die Oberherrschaft des subcorticalen („unteren neuropsychischen") Wirkungsbogens und im zweiten um das Dominieren des nervösen Reflexbogens, also beide Male um die Enthemmung von Reflexen handelte. Damit wäre auch die Vereinigung mit der *Bing*'schen Theorie von der psychogenen Enthemmung zu einer großen biologischen Hysterielehre erreicht, besonders wenn wir die von *Jung*, *Kraepelin* und anderen entdeckten entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen, die Arbeiten von *Bleuler* (Komplexe), von *Babinski* („Suggestion"), von *Janet* („Unbewusstes"), *Moebius* („Vorstellung") und *Kraepelin* („Psychophysische Irradiation") zum Begriff des hypobulischen Willenstypus hinzunehmen, wie dies von *Kretschmer* propagiert wird. Auf die Definition *Kretschmer*'s kommen wir am Schluß zurück.

Wenn wir über diesen präformierten Mechanismen, die (nach *Dukor*, s. oben) zwei Gruppen vergessen wollten, so würden wir wahrlich unserem historischen Wissen wenig Ehre machen, gehören doch zu den Mechanismen auch die *Imitation*, die *Suggestion* als klassische Wege der Hysterie-Entstehung. Als neuere genetische Typen wären die „hysterische Gewöhnung" (*Forel*, *Kretschmer*), die Hysterie aus „Reminiszenzen" (*Breuer* und *Freud*),

die hysterischen Erscheinungen als „Symbole“ (*Bleuler*) und das hysterische Symptom als „Schraubensymptom“ (*Dubois*) zu nennen, die ohne weitere Ausführung verständlich sein dürften, abgesehen von dem Begriff der „Reminiszenzen“ oder „falschen Verknüptungen“, auf dessen Grundlagen wir an anderer Stelle zurückkommen werden (wie ja überhaupt die Psychoanalyse, was die Mechanik der hysterischen Störungen anbelangt, einen breiten Raum einnehmen würde in einer umfassenden Darstellung).

3. Der hysterische Charakter.

Die hysterische Persönlichkeit, und das ist vielleicht die wichtigste Errungenschaft der neueren Hysterieforschung, hat meistens mit der hysterischen Reaktion nichts zu tun, braucht jedenfalls nicht mit jener zusammen (in Personalunion) vorzukommen.

Soweit wie *Robert Blum*, der jeden Zusammenhang zwischen beiden leugnet, braucht man nicht zu gehen, es sei denn, man lasse außer acht, daß „hysterische Mechanismen in Gang setzen nicht eine einfach in das Belieben jedes Menschen gestellte Fähigkeit ist“, sondern diese Möglichkeit ohne weiteres in Beziehung zur hysterischen Reaktion setzt (*Dukor;* a. a. O.). Wenn wir aber mit *Dukor* (71) dem Zusammenhang zwischen beiden nachgehen, so wird uns auffallen, daß die hysterische Reaktion mit der hysterischen Persönlichkeit weit lockerer verbunden ist als mit einer Reihe anderer psychopathischer Typen, daß trotzdem das Epitheton „hysterisch“ gerade diesem Typus zugelegt bleibt, weil

1. in der allgemeinen und ärztlichen Umgangssprache der Ausdruck „hysterisch“ = „unecht“ bedeutet und daher für verschiedene psychopathische Kategorien zutrifft, ohne daß damit über die hysterische Reaktion und Persönlichkeit Näheres ausgesagt zu sein braucht;
2. für die Surrogate, die aus dem Bewußtsein um die Unzulänglichkeit der Bezeichnung „Hysterie“ geschaffen wurden (anstelle des „hysterischen Charakters“ „geltungssüchtige Psychopathen“) (*Kurt Schneider*) und statt „hysterischer Reaktion“ „Zweckreaktion“ *(Pönitz)* keine Adjektive gebildet werden können. Der alte Terminus muß also trotz seines etymologisch irreführenden Sinnes aus der Resignation heraus beibehalten werden, daß anderen Fachausdrücken (z. B. „Epithel“) derselbe Makel auch anhaftet.

Was sind nun aber die Kennzeichen der hysterischen Persönlichkeit oder der „Entartungshysterie“, wie *Kraepelin* diese auch genannt hat? Das ist vor allem ihre „Unechtheit“, oder nach *Jaspers* [130]: „Anstatt sich mit den ihr gegebenen Anlagen und Le-

(130) Allgemeine Psychopathologie, 1923.

bensmöglichkeiten zu bescheiden, hat die hysterische Persönlichkeit das Bedürfnis, vor sich und anderen mehr zu scheinen als sie ist, mehr zu erleben als sie erlebensfähig ist. . . . Der hysterischen Persönlichkeit ist . . . gleichsam der Kern verloren gegangen, sie besteht nur noch aus wechselnden Schalen. . . . Da sie in sich nichts mehr findet, sucht sie alles außer sich". Diese Persönlichkeiten gehören, wie die *Schneider*'sche Bezeichnung schon sagt, zu den Psychopathen, stellen also eine angeborene, dauernd schwere Abnormität der Persönlichkeitsveranlagung dar, die sich äußert in einer Egozentrizität, Sensationssucht, einer inneren Unwahrheit und Pose (*Bumke*), deren charakteristisches „Stigma" die „finale Einstellung zur Darstellung" (*Kahn*) ist. Nach *Bleuler*'s [131]) beiden Gruppen von Hysterie gehört der hysterische Charakter der ersten an, bei der die Anlage, das persönliche Geltungsbedürfnis, das Wichtigste ist, während die zweite sich rekrutiert aus den Kriegshysterien, wo der äußere Anlaß das Ausschlaggebende darstellt. *Kretschmer* (39) paßt die Definition des hysterischen Charakters seinen originellen Ideen an und nennt ihn das „hypobulische Syndrom in Form eines Dauerschadens der Persönlichkeit". Wichtig ist auf alle Fälle nicht so sehr die „erworbene krankhafte Einstellung" (*Bleuler*) als die angeboren feststehende psychopathische Anlage, auch wenn wir nicht (wie *Dukor*) eine besondere Kategorie als „hysterische Neurose" neben der hysterischen Persönlichkeit abgrenzen, da der „Entwicklungsfaktor" bei der Psychopathie gegenüber der Neurose zurücktritt.

4. Die hysterischen Symptome

seien hier nur als Produkte der verschiedenen oben aufgezählten Mechanismen und nicht als Ausdruck der Reaktion oder des Charakters festgehalten. Im einzelnen sind sie früher aufgezählt worden; als psychiatrische Zustandsbilder mögen hier nur die anfallsweise auftretenden Symptome dem Namen nach aufgeführt werden: Es sind dies die Dämmerzustände, das *Ganser*'sche Syndrom, der hysterische Puerilismus, die Stuporzustände, die Wachträume und die hysterische Pseudologie.

Alle hysterischen Phänomene sind nur Mittel zum Zweck und bewirken erst als solche eine Umstimmung der Umgebung. Als „Deck- und Fixationssymptome" (*J. H. Schultz*, 68) können sie bei abgelaufener somatischer Affektion auftreten, als „Hüllensymptome" (*idem*) Vor- und Nachläufer organischer Krankheiten (die die „Kernsymptome" bilden) darstellen. Sämtliche Auftretensformen sind fast häufiger als die reinen Hysteriesymptome selbst.

---

131) 4. Auflage seines „Lehrbuches" (1923, S. 422).

Unter dem 5. Begriff der *hysterischen Neurose* versteht *Dukor* (71) eine „neurotische Charakterentwicklung, welche zu einer dauernden Etablierung hysterischer Reaktionen, oder aber zu einem dem hysterischen Charakter ähnlichen Verhalten führen", soweit sie „durch besondere traumatische Erlebnisse bedingt" sind. In dieser Rolle wirken *(Gaupp, Freud)* neben ethischen, sozialen und ästhetischen Faktoren sexuelle Konflikte, chronisch exacerbierende körperliche Krankheit (im Sinne der Herausbildung des „Krankenrechts" [*Oettli*]) und dann besonders entschädigungspflichtige Unfälle (im Sinne der „Begehrungsvorstellungen" ([*Strümpell*] und als sogen. „Ressentiment" gegen die Versicherung, Staat und Gesellschaft [*Kahn*]).

Die Entwicklung der hysterischen Neurose darzustellen, ist Sache der allgemeinen Neurosenlehre, wie sie uns z. B. *Siebeck* (70) in prägnanter, eindrücklicher Form vermittelt. Dagegen sei hier noch erwähnt, daß u. E. der *Reichardt*'sche Begriff der hysterischen sozialen Reaktion (56) mit demjenigen der „hysterischen Neurose" von *Dukor* annähernd identisch ist, da sie als „Reaktion auf soziale Einrichtungen" entsteht.

Bevor wir an das Verhältnis der Hysterie zu ähnlichen psychopathologischen Manifestationen kurz herantreten, sei hier noch eine uns zweckmäßig erscheinende Einteilung des „hysterischen Formenkreises" wiedergegeben *(Dukor)*:

A. Endogene (konstitutionelle) Hysterie:

I. Hysterische Psychopathie mit und ohne hysterische Reaktionen (hysterischer Charakter, Entartungshysterie *Kraepelin*'s),

II. Entwicklungshysterie.

B. Exogene („traumatische") Hysterie:

I. Hysterische Neurosen,

II. Hysterische Gelegenheitsreaktionen
(„traumatisch" als psychisches Trauma und „Gelegenheitsreaktionen" als Mittelding zwischen hysterischem Charakter und hysterischer Neurose" (*Dukor*) zu verstehen).

An dieser Stelle sei angedeutet, was die Psychiatrie unter dem Begriff der „Psychogenie" eigentlich versteht. Sie faßt darunter zusammen:

a) die reinen Affektwirkungen,
b) die Primitivreaktionen,
c) die falschen Verknüpfungen,
d) die hypochondrische Reaktion,
e) die paranoische Reaktion,

f) erwartungs- und zwangsneurotische Symptome,
g) die hysterischen Reaktionen.

Die psychogene Reaktion ist immer eine pathologische Reaktion — pathologisch im Sinne einer Abweichung mit Beeinträchtigung der Leistungs- und Lebensfähigkeit (*v. Krehl*) —, eine im qualitativen und quantitativen Sinne ungewöhnliche Reaktion, die verschieden abgegrenzt worden ist:

So von *Birnbaum* (7) als „pathologische Wirksamkeit psychischer Faktoren, wie sie speziell in den Fällen sich kund gibt, wo vorher überhaupt kein ausgeprägt pathologischer Zustand bestand, daneben eingeschlossen freilich auch solche Fälle, wo es zu bloßen psychisch bedingten Änderungen bereits bestehender pathologischer Phänomene kommt, vorausgesetzt allerdings, daß diese Änderungen über die einfachen normalpsychologischen Wirkungen hinausgehen". *Jaspers* (l. c.) fordert einen verständlichen Zusammenhang zwischen Erlebnis und Reaktion und eine vom Erlebnis in ihrem Verlauf abhängige Reaktion. *Braun* (26) spricht von psychogener Reaktion dann, wenn „die emotionelle Wirkung psychischen Erlebens zu ungewöhnlichen, aber verständlichen Reaktionen führt, die im allgemeinen vom Psychischen her beeinflußbar bleiben und zumal nach Überwindung oder Ausschaltung der verursachenden psychischen Erlebnisse restlos abklingen".

Wenn wir hier erst die *Definitionen* anführen, soweit dies nicht schon in früheren Abschnitten geschehen ist, so aus dem schon genannten Grund, weil es eine einheitliche Umgrenzung des Hysteriebegriffes nicht mehr gibt, sondern nur einzelne Kategorien definiert werden:

Die *hysterische Reaktion* ist für *Hauptmann* (zit. nach *Dukor*) „eine Reaktionsweise", die dann eintritt . . . „wenn die zutage geförderten Erscheinungen (körperlicher oder psychischer Natur) ohne das Produkt zielstrebiger Überlegung zu sein, im Dienste eines Zweckes, einer Wunscherfüllung stehen"; für *Pönitz* (53): „hysterisch sind alle als psychische oder körperliche Krankheitssymptome oder Ausnahmezustände imponierenden Erscheinungen, an deren Hervorrufung oder Unterhaltung ein Mensch instinktiv oder bewußt interessiert, irgendwie mit seinem Willen beteiligt ist, da diese Krankheitserscheinungen ihm vorteilhaft erscheinen oder ihm einmal vorteilhaft erschienen sind". Eine Formulierung, wie sie sich ihm aus seinen Erfahrungen während des Krieges ergeben hat und als solche ungefähr von allen deutschen Psychiatern in mehr oder weniger übereinstimmender Weise geteilt wird. Unter Einbeziehung der Psychogenie-Definition (s. oben) formuliert *Dukor* (71) folgendermaßen: „Hysterisch sind psychogene Reaktionen, die einen Verstellungs- und Tendenzcharakter tragen". *Kretschmer* (39), dessen Charakterumgrenzung wir schon anführten, sieht als „spezifisch hysterisch" die Art an, „wie diese „kräftig-

labilen“ (*Bleuler*) Reflexmechanismen benützt und weiter entwickelt werden von der Willenskomponente, die in sie eingreift“, und weiter (inbezug auf die hysterische Reaktion): „Hysterisch nennen wir heute vorwiegend solche Neurosen, die ein Zweckmotiv enthalten und die sich aus den Gesetzen der Hypobulik und der Reflexverstärkung aufbauen“.

Krisch: „Die hysterische Reaktionsweise ist eine Tendenzreaktion, ideeller oder materieller Vorteile halber unter dem Deckmantel der Krankheit“ (zit. nach *Dukor*).

Braun's (26) „epithyme Reaktion“ bedeutet „jene psychologischen Reaktionsformen, deren emotionelle Triebkraft der halbbewußte, unformulierte Wunsch ist, eines bestimmten Gewinnes halber krank zu sein oder scheinen zu wollen.“

Damit wären wir am Ende unserer heutigen „Psychiatrie der Hysterie“ angelangt. Und diese hat uns gezeigt, wie vielgestaltig das früher so einfache Bild geworden ist. In der Form, wie es sich uns heute darstellt, können wir eigentlich gar nicht mehr „schlechthin“ von „Hysterie“ reden, müssen aber, auch wenn wir an ihre Stelle einen anderen Oberbegriff setzen wollten, etwa den der „Epithymie“ (*Braun*, vgl. oben) oder den der „Thymogenie“ (*Birnbaum*), doch eingestehen, daß die heutige Gestalt des Hysteriebegriffes im Ganzen etwas Unbefriedigendes darstellt, das dringend einer baldigen Bearbeitung nach einer einheitlichen Auffassung hin bedarf. In dem von *Pönitz* (53) auf dem Hysteriegebiet geforderten Postulat der „Satzdiagnosen“, die als „Schichtdiagnosen“ anzusehen sind, kommt diese Unbefriedigtheit der heutigen Situation auch zum Ausdruck. Vielleicht liegt aber darin auch ein Hinweis auf die Richtung, aus welcher vielleicht eine weitere Abklärung zu erwarten ist: nämlich von der „Tiefenpsychologie“ aus. Es ist möglich, daß uns deren weiterer Ausbau, die feinere Differenzierung der „Sophropsyche“ und der „Typhlopsyche“ (26; s. Schema auf S. 149) zum tieferen Verständnis der Hysterie in ihrer Gesamtheit führt, die sie im Grunde genommen doch verkörpert. Wenn die hysterische Reaktion zur mittleren (typhlo-psychogenen) und der hysterische Charakter zu der oberen (sophropsychogenen) Reaktionsstufe gerechnet wird (*Braun*), so erscheint es uns aus diesem Beibehalten von Bisherigem fraglich, ob unsere Hoffnung, von daher komme die Lösung im Sinne eines einheitlichen Hysteriebegriffes, sich erfüllen kann.

Mit diesem Hinweis auf die Wege, die die moderne Hysterieforschung betreten hat, möchten wir die Ausführungen über deren bis jetzt erreichte Resultate schließen und nur noch kurz die Einstellung zweier in der Hysterielehre heute maßgebender deutscher Kliniker zur „Morphologie der Hysterie“ an Hand zweier Zitate skizzieren:

Curschmann (14) als Neurologe äußert sich wie folgt: „Eine Anatomie der Hysterie gibt es noch nicht, es ist auch ganz unwahrscheinlich, daß den hysterischen Symptomen anatomische Veränderungen zugrunde liegen, sonst würden sie nicht sofort auf irgend eine Suggestionsmaßnahme restlos heilbar sein. Man hat natürlich versucht, hysterische Symptome im Gehirn zu lokalisieren und ihr Wesen in vasomotorischen, chemischen und „molekulären" u. dgl. Veränderungen im Nervensystem zu erklären. Anerkennung haben diese Versuche nicht gefunden".

Und *Kretschmer* (39) bemerkt diesbezüglich bei Erläuterung seiner „verschieden hohen" Reflexbogen: „Ob irgendwo im Gehirn ein lokalisierbarer Kontakt ist, dessen Verletzung die katatonen Symptome hervortreten läßt und ob ein solcher gedachter anatomischer Zusammenhang nur die neurologische Seite des katatonen Syndroms beträfe, oder ob dadurch auch die in ihm steckende hypobulische Willensfunktion irgendwie tangiert würde, das alles sind Fragen, die wir der anatomischen Empirie zur Lösung überlassen.

Diese Ausblicke zeigen besonders deutlich, daß wohl von einer morphologischen Betrachtungsweise in der Hysterieforschung definitiv nichts mehr zu erwarten ist, zumal sie von Leuten stammen, deren Bestrebung um eine universelle Lösung der medizinischen Probleme uns bekannt ist.

Damit schließen wir dieses Kapitel endgültig, um zuletzt nochmals ganz in das Reich der Psychologie, ohne jegliche Konzession an eine biologische totalitäre Hysterieauffassung einzutreten: bei Betrachtung der Lehren der Wiener Schule.

III. Die Wiener Schule.

Wenn wir von „Wiener Schule" reden, so ist es klar, daß wir damit die durch *Breuer* und *Freud* inaugurierte neue Forschungsrichtung meinen. Durch seine ungeheuer reiche Arbeit hat der jetzt mit 80 Jahren noch unermüdliche *Charcot*-Schüler das ganze Gebiet der irgendwie auf Psychologie bauenden Zweige der gesamten Wissenschaft nachhaltig beeinflußt und vielerorts ganz neue Bahnen des weiteren Aufbaues gezeigt. Den größten Nutzen daraus hat wohl das Neurosenproblem davongetragen; es ist ja auch das Gebiet, von wo aus *Freud* seine ersten Anregungen empfangen hat. Und innerhalb seines Umkreises ist die Hysterie diejenige Neurose, deren Bearbeitung in keiner Periode wissenschaftlicher Bemühung, wie wir gesehen haben, unterbrochen worden ist.

Ausgehend von den ersten diesbezüglichen Arbeiten der Brüder *Janet*, sowie von *Binet*, hat die *Freud*'sche Lehre sich von allem Anbeginn auf rein psychologischen Boden gestellt. Nicht daß *Freud* einer physio-pathologischen Betrachtungsweise für die Neurose die Lebensberechtigung abgesprochen hätte, er weist ihr nur eine bestimmte Rolle zu, wie wir sogleich sehen werden. So haben wir uns im letzten Abschnitt mit der reinsten Psychologie zu beschäftigen. — Abgesehen davon, daß einem frisch von der Schulbank kommenden Mediziner dieses Gebiet anfänglich etwas Mühe macht, stoßen wir in der fast unübersehbaren psychoanalytischen Literatur oft auf sehr schwierige Begriffe, die erst nach längerer praktischer Beschäftigung mit der Materie klar werden. Dazu kommt, daß die Hysterie als eine unter vielen Neurosen speziell nicht sehr oft Berücksichtigung findet. Daher müßten wir die gesamte Neurosenlehre hier darlegen: dies würde aber den Rahmen unserer vergleichenden Arbeit weit überschreiten. So erscheint es verständlich, wenn wir uns verhältnismäßig kurz fassen und ebenso sehr, wenn Lücken in unserer Darstellung zu finden sind. Sie verraten den psychoanalytischer Denkweise ganz fernstehenden Verfasser. Einer Wiedergabe der sehr geteilten Einstellung zum *Freud*'schen Gedankengebäude von Seiten der übrigen Hysterieforscher entschlagen wir uns von vornherein, da eine Beschäftigung damit leicht ins Uferlose führen würde.

Breuer, der langjährige Freund und Mitarbeiter *Freud*'s gewinnt seinen neuen Standpunkt aus der Beobachtung einer Hysterica, der das Aussprechen über die Entwicklung ihrer Störungen Erleichterung und auch deren Verschwinden verschaffte, nachdem sie während der Erzählung zunächst intensiver geworden war.

Es sind besondere „Komplexe" (*Bleuler*, *Jung*, Definition s. oben), die in der Aussprache sich dem übrigen Bewußtsein wieder zugesellen und dann ihre Wirksamkeit verlieren, Gedankenreihen, die während sogenannter „hypnoider Zustände" vom übrigen Bewußtsein abgespalten wurden. Es handelt sich also um ein „Vergessen bestimmter Tatbestände". Diese „Amnesie" wird in Zusammenhang gebracht mit der Entstehung hysterischer Symptome, indem diese geknüpft sein soll an die in einem hypnoiden Zustand erworbene Amnesie für ein Ereignis, in welchem dieses Symptom zum ersten Mal aufgetreten ist. Die Rolle dieser Amnesieerzeugung spielt der Affekt, der mit dem betreffenden Ereignis verbunden ist. Dieser wird pathogen dadurch, daß er nicht abreagiert wird und schafft dadurch eine Spaltung der Psyche, eben den hypnoiden Zustand, der seinerseits eine Amnesie bedingt. Unter „Abreagieren" versteht *Breuer* die „Abfuhr motorischer Erregung", die Aufrechterhaltung einer „intracerebralen tonischen Erregung" (vgl. unter *Binswanger*, S. 120 ff.), alles gegen das Physiologische tendierende Begriffe, die den späteren *Binswanger*'s z. T. als Leitgedanken gedient haben. Diese Auf-

fassung ist zu erklären aus der oben angeführten Beobachtung, daß mit dem Hervorrufen der affektiven Äußerung, die damals nicht erfolgt ist, durch die *kathartische Methode* die hysterische Erscheinung verschwindet, sei sie nun körperlichen oder psychischen Gepräges. Das fehlende Abreagieren seinerseits ist Ausdruck einer dispositionellen fehlerhaften Anlage. Damit wäre der Kreis der *Breuer*'schen Anschauungen geschlossen.

Durch die Mitarbeit *Freud*'s, der dann bald in die führende Stellung überging, wurden diese etwas engen Anschauungen bedeutend erweitert, eine Einsicht, der wir uns nicht verschließen können, wenn wir die Vorstellungen *Breuer*'s und *Freud*'s über die Mechanik der hysterischen Phänomene (21, a) kennen lernen, wie sie als Kern der später entwickelten Theorie *Freud*'s über die Hysterie noch jetzt eine Rolle spielen.

Die Autoren — in dieser Arbeit hat *Breuer* noch die Initiative — gehen aus von dem in jeder hypnotischen Untersuchung des Patienten aufgedeckten „traumatischen" oder „akzidentellen" Ereignis, ein Faktor, der nicht nur in den wirklichen Fällen von „traumatischer Hysterie" eine Rolle spielt. Gleich bei beiden ist das Mißverhältnis zwischen Schwere des Traumas und des Symptoms, sowie der absolut „stringente Zusammenhang" zwischen Trauma und Symptom, der bei psychischem Trauma nur schwerer aber ebenso sicher zu erkennen ist, auch wenn, wie häufig, jenes bis in die Kindheit zurückreicht. Oft allerdings bestehen nur symbolische Beziehungen unter ihnen (moralischer Ekel — physischer Ekel — Erbrechen), jedenfalls aber liegt irgendwie jedem hysterischen Phänomen ein „Trauma" zugrunde, sei es ein körperliches oder ein psychisches (Schreck, Angst, Scham), bestehe es in einer einmaligen Erschütterung oder in wiederholten kleineren „Stössen", die sich dann in ihrer Wirkung summieren.

Damit wäre nicht viel Neues gesagt gegenüber den Lehren, z. B. eines „späteren" *Charcot*. Das Neue liegt erst daran, daß dieses Akzidens nicht als „agent provocateur" im Sinne *Charcot*'s wirkt, sondern durch eine Art dauernder Fremdkörperwirkung pathogen wird. Aus der Entfernung dieses „Fremdkörpers" durch Erweckung des veranlassenden Vorganges zu völliger Helligkeit in Form affektbetonter Schilderung des Kranken schließen die Verfasser: „der Hysterische leidet größtenteils an Reminiszenzen". Diese wirken wie „Fremdkörper", d. h. werden als pathogen nicht usuriert, lassen nicht ab, weil

1. keine energische Reaktion darauf stattfindet, erfolge sie nun durch die Tat oder auch bloß durch die Aussprache,
2. keine Korrektur dieser Vorstellungen durch die Assoziation an andere erleichternde erfolgt,
3. ein Vergessen dieser Erlebnisse infolge ihrer affektiven Betonung nicht möglich ist.

Diese Ereignisse fehlen aber merkwürdigerweise dem Gedächtnis des Patienten oder sind nur summarisch darin vorhanden in ihrem gewöhnlichen psychischen Zustande, eine Tatsache, die auf das ungenügende Abreagieren infolge

1. primär ungenügenden Reagierens,
2. des Zusammentreffens ihrer Wahrnehmung mit außergewöhnlichen psychischen Zuständen („lähmende Affekte", „halbhypnotische Dämmerzustände")

zurückgeführt wird. In beiden Fällen findet dann auch die assoziative Verarbeitung nicht statt, weil im ersten Fall die peinlichen Erlebnisse von den Assoziationen ausgeschlossen werden und im zweiten eine assoziative Verknüpfung der beiden so ungleichen Zustände nicht besteht. Jene „psychischen Zustände" sind eben die „hypnoiden", in denen die Autoren das Grundphänomen der Hysterie sehen und denen dies gemeinsam ist, „daß die in ihnen auftauchenden Vorstellungen sehr intensiv, aber von dem Assoziationsverkehr mit dem übrigen Bewußtseinsinhalt abgesperrt sind", während sie durch Assoziation unter sich ihrerseits eine hohe Organisation erreichen können. Bei der „disponierten Hysterie" sind sie schon „vor dem Trauma" vorhanden, bei der „psychisch acquirierten" bilden sie sich erst unter dessen Einwirkung.

Ihre neuen Erfahrungen wenden *Breuer* und *Freud* auf die verschiedenen hysterischen Phänomene im einzelnen an:

Die dritte Phase der Anfälle deuten sie entweder als „halluzinatorische Reproduktion einer Erinnerung" oder als Wiederholung jener „Geschehnisse, welche durch ihr Zusammentreffen mit einem Momente besonderer Disposition zu Traumen erhoben worden sind". Oder unter Verwertung der Annahme, daß jene „hypnoiden Vorstellungen" unter sich assoziiert sind, kann man auch sagen, daß ein hysterisches Dauersymptom dem „Hineinragen dieses zweiten Zustandes in die sonst vom normalen Bewußtsein beherrschte Körperinnervation", ein hysterischer Anfall aber einer Bemächtigung der gesamten Existenz durch dieses Hypnoidbewußtsein entspricht, indem „die Herrschaft über die gesamte Körperinnervation auf das hypnoide Bewußtsein übergegangen" ist. Im Verlauf der Krankheit verhalten sich die beiden Bewußtseinszustände zueinander wie folgt: zunächst sind beide nebeneinander, dann Bemächtigung des ganzen Organismus durch den einen von ihnen; nach Abklingen Hineinragen einzelner Vorstellungen in Form von Dauersymptomen, die sich schließlich ihrerseits periodisch manifestieren.

Breuer und *Freud* sind sich klar, daß mit dieser Darstellung, der sie das Prinzip ihrer kathartischen Therapie, „die Lösung des eingeklemmten Affekts" durch die Rede und die assoziative Korrektur anfügen, nicht die „inneren Ursachen der Hysterie", son-

dern nur der Mechanismus der Entstehung ihrer Symptome einigermaßen aufgeklärt ist. Für uns bedeutet diese Arbeit jedoch die Grundlage, auf der *Freud* sein weites Bauwerk errichtet hat; und deshalb verdiente sie wieder einmal ausführlich wiedergegeben zu werden. Was uns auch die nächste Arbeit, die Darlegung der *Freud*'schen Gedankengänge erleichtern und unnütze Wiederholungen vermeiden lassen wird.

Wenn wir die zeitgenössische Einstellung zur Hysterie überblicken, so wird uns bewußt, daß ihr gegenüber erst ein bescheidener Anfang eigener Erklärungsweise vorhanden ist: die Dissoziation des Bewußtseins mit den unbewußten seelischen Automatismen hat *Janet*, die Bedeutung der Affekte zuerst *Binswanger* und *Oppenheim*, diejenige der Suggestion *Bernheim* und *Babinski* hervorgehoben. Denn auf dieser letzteren muß ja trotz der Verneinung *Freud*'s doch ein Teil des therapeutischen Erfolgs liegen. So sehen wir *Freud* vor der Jahrhundertwende noch ziemlich vollständig inmitten ähnlicher Anschauungen über den Hysteriebegriff und vor allem in sehr großer Abhängigkeit von *Breuer*. Denn dieser ist es, der im Jahre 1882 an einer intelligenten Patientin die pathogene Wirkung der „Reminiszenzen", das wichtigste neue Moment in der Lehre der Wiener Autoren, entdeckt und damit einen der möglichen Wege zwischen erster Ursache und Symptom festgelegt hat. Aber immer mehr befreit sich *Freud* von den „aktuellen" Erklärungsversuchen der Hysterie, geht eigene, z. T. allerdings (Sexualität) in früheren Zeiten schon vorgebildete Wege:

Weiter eingeführte neue Begriffe sind derjenige der „Konversion" und der „Verdrängung", die als gleich gerichtete Prozesse einander entsprechen.

Unter „Konversion" versteht *Freud* die Umsetzung der „Erregungssumme in abnorme Bewegungsinnervation", d. h. das, was wir oben als Folge der Einklemmung der Affekte kennen gelernt haben, also die Übertragung von affektbedingten, dissoziierten Zuständen auf die somatische Sphäre. In ihrem Gefolge entstehen als Ausdruck der „Einklemmung" die sogenannten „Retentionsphänomene", die als körperliche Erscheinungen am deutlichsten manifest werden. Diesem objektiv besser analysierbaren Vorgang liegt der rein psychische der „Verdrängung" zugrunde, eine Transposition bestimmter Komplexe aus dem normalen Bewußtseinsinhalt, mit dem sie sich nicht vertragen. Den Anschluß an die früheren Ansichten finden wir darin, daß Verdrängung und Konversion Folgen des nicht vollständigen Abreagierens der affektbedingten Vorstellungen sind. Wir haben also:

1. Konversion auf abnorme körperliche Innervation,
2. Transposition des Affekts auf indifferente Vorstellungskomplexe, als Ersatz für fehlendes Abreagieren. Weiterhin wird der allen zugrunde liegende traumatische Affekt in

bestimmter Weise spezifiziert und zwar als sexuelles Trauma der früheren Kindheit, indem dieses vorbereitend wirkt und meist erst nach der Pubertät seine deutliche pathogene Wirkung entfaltet. Diese Hypothese entnimmt *Freud* seinen weitgehenden Studien über *Sexualpsychologie* und der *Traumdeutung* als dem besten Mittel der Erforschung assoziativer komplexer Verknüpfungen. *Abraham* (1) besonders weist darauf hin, daß ohne die Beschäftigung mit diesen grundlegenden Arbeiten *Freud*'s ein Verständnis seiner Neurosenlehre unmöglich ist. Auch wir sind davon überzeugt, eine Berücksichtigung dieser umfangreichen Studien würde uns aber zu weit führen. Nur möchten wir wünschen, daß niemand ohne Kenntnisse dieser Elemente der *Freud*'schen Lehre glaubt, an der Neurosenlehre der Psychoanalyse Kritik üben zu dürfen.

Nach der Jahrhundertwende beginnt sich *Freud* auf Grund seiner eben genannten Beschäftigung [132]), [133]), nachdem er schon vorher [134]) die *Breuer*'sche Annahme hypnoider Zustände für entbehrlich erklärt hatte, von seiner bisherigen Anschauung von der Bedeutung der kindlichen Sexualtraumen zu distanzieren [135]).

Bevor wir jedoch auf diese neueren Formulierungen eingehen, sei kurz das Prinzip der beiden Heilmethoden der Wiener Schule in Form einer Gegenüberstellung dargelegt (36): bei der bis 1904 geübten, von *Breuer* eingeführten und von *Freud* etwas modifizierten *kathartischen* Methode geht, wie ihr Name sagt, (*καθαίρω* = reinigen, befreien) der Arzt darauf aus, von den vorhandenen Symptomen durch eingehende Befragung auf den pathogenen traumatischen Affekt zu gelangen. Die an ihrer Stelle eingeführte *psychoanalytische Methode* dagegen läßt den Kranken unter eigener Initiative den Zusammenhang zwischen beiden finden: der Arzt verhält sich passiv dabei, indem er kaum mehr tut, als die gefundenen Verbindungen zu registrieren und weitere anzuregen, soweit es nötig ist. Wichtig dabei ist, daß sie auf rein praktischer Grundlage, ohne jede vorherige Begründung aus einer Theorie entstanden ist, sondern vielmehr erst zu dieser geführt hat. Dieses diagnostisch-therapeutische Vorgehen hat als Basis gedient für die in der Folge wiedergegebenen modifizierten Gedankengänge des Begründers der Wiener Schule [136]).

---

132) Die Traumdeutung, Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1900; drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, ibid., 1905.

133) Kleinere Schriften, s. *Abraham* (1).

134) Zur Ätiologie der Hysterie, Wiener klin. Rundschau, 1896, Nr. 22—26.

135) Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, in *Löwenfeld*: „Sexualleben und Nervenleiden", 4. Auflage, 1906.

136) Vergl. Bruchstücke einer Hysterieanalyse, Monatsschr. für Psych. und Neurol., Bd. 18, H. 4 und 5, 1905.

Die sexuellen Erlebnisse in der Kindheit werden nicht mehr als Ursache der späteren Krankheit betrachtet, da *Freud* sah, daß solche Traumen auch bei später normal Bleibenden zu häufig vorkommen. Jene Erlebnisse verleihen nur der Entwicklung der Sexualität eine bestimmte Richtung. Das akzidentelle, im Anfang als dominierend betrachtete Moment verliert seine Bedeutung zugunsten eines konstitutionellen („sexuelle Konstitution", *Freud*). Ihr zufolge ist die bei jedem Kind vorhandene „Libido", sind die unbewußten „sexuellen Energien" bei einzelnen stärker entwickelt, und von jener geht *Freud* in seinen späteren Darlegungen [137]) aus, wie wir sie für die Hysterie zu spezialisieren versuchen: die „Libido" verteilt sich in der Kindheit auf alle Möglichkeiten sexuellen Handelns, darunter auch auf die Perversitäten (s. 2. Abhandlung zur Sexualtheorie), die bei Weiterbestehen zu Perversionen führen, Begriffe, wie sie keiner Erläuterung bedürfen, da sie zum Allgemeingut der psychologischen Terminologie geworden sind. Im Verlauf der normalen Entwicklung wird diese Besetzung der perversen Meinungen durch die Libido ausgeschaltet, und diese konzentriert sich auf das normale Sexualobjekt. Die frei werdenden perversen Besetzungen werden dabei zugunsten geistiger Funktionen „sublimiert".

Bei der Entwicklung der als solcher angelegten *hysterischen Kinder* vollzieht sich diese Ablösung viel schwieriger, derart, daß die perversen Libidobesetzungen länger bestehen bleiben. Demzufolge spielt sich die Sexualerregung bei solchen Kindern in Fällen sexueller Anforderung nicht im normalen Sexualgebiet sondern „in der Verdrängung" ab, d. h. im Bereich der Perversitäten. Daraus entsteht eine Neubelebung der ursprünglichen infantilen Sexualbetätigung (s. a. a. O.), die sich auch in der charakteristischen hysterischen Phantasietätigkeit (auf entsprechendem Gebiet) äußert [138]). Es ist verständlich, daß sich aus dem ethisch-moralischen Fühlen, das jeder Mensch in sich hat, dagegen Widerstände bemerkbar machen werden. Sie äußern sich als Scham- und Ekelgefühle in Form stark affektiver Zustände. Der Widerstand, als Verdrängung, wird sich auf körperlichem Gebiet in Form eines bestimmten hysterischen Syptoms in der früher angegebenen Weise bemerkbar machen, indem der Körper dem Mechanismus der Verdrängung durch sein „Entgegenkommen" Vorschub leistet.

In die Verdrängung wird aber nicht nur die befleckte Phantasievorstellung sondern auch die durch sie befleckte geliebte Person mit hineingezogen und bei der Liebe einerseits, dem Käm-

137) Schriften zur Neurosenlehre und zur psychoanalytischen Technik, (1913—1926), Wien, Psychoanalyt. Verlag, 1931; z. T. wiedergegeben bei *Jung* (36).

138) Hysterische Phantasien und ihre Beziehungen zur Bisexualität, Zeitschr. für Sex.-Wiss., Jahrg. 1, Heft 1, 1908.

pfenmüssen dagegen auf der anderen Seite wird notgedrungen ein *Konflikt* entstehen, der dann zum Ausbruch der Erkrankung Anlaß gibt. Diese Art der Entstehung belegt *Freud* durch mehrere typische Beispiele; sämtliche Symptome der Hysterischen (Neurotiker) sind so als Produkte der Auseinandersetzung zwischen der Libido und der Verdrängung zu erklären, in ihrem Grunde also nichts anderes als der Ausdruck einer abnormen Sexualbetätigung.

Wir führen etwas ausführlicher hier nur *Freud*'s symbolische Erklärung des hysterischen Anfalls an [139]), weil sie ihm von mancher Seite zum Strick gedreht worden ist und daran seine ganze Hysterie- und Neurosentheorie gemessen wurde:

„Der hysterische Anfall dient der motorischen Abfuhr verdrängter Libido. Er stellt den Ersatz für eine in der Kindheit geübte autoerotische Befriedigung und ein Aequivalent des Coitus dar. Die einzelnen Erscheinungen und Phasen des Anfalls sind pantomimisch dargestellte Phantasien. Das eigentliche Wesen des Anfalls ist durch einen der Traumentstehung analogen Vorgang unkenntlich gemacht. Auch im hysterischen Anfall läßt sich die Verdichtung verschiedener Wunschphantasien nachweisen, ebenso die mehrfache Identifikation, die Umkehrung in der Zeitfolge und endlich — der im Traume häufigen Darstellung durch das Gegenteil entsprechend — die antagonistische Verkehrung der Innervation. Die „absence" im hysterischen Anfall entspricht dem Bewußtseinsentgang, wie er auf der Höhe jedes starken sexuellen Erregungsvorganges bemerkbar ist."

Damit hätte *Freud* nicht nur den Mechanismus hysterischer Phänomene aufgewiesen, sondern zwischen den hysterischen Erscheinungen eine lückenlose Kette geschaffen, hätte die Frage nicht nur nach dem „Wie" sondern auch nach dem „Warum" und „Wieso" einer Neurose (Hysterie) geklärt (75). Die Beantwortung der Frage nach der Neurosenwahl, d. h. weshalb erkrankt ein Mensch gerade an einer bestimmten Neurose, also z. B. an der Hysterie, überläßt *Freud* der biologischen Forschung, da hier keine pathogen wirkenden Erlebnisse sondern konstitutionelle und akzidentelle Faktoren mitwirken im Sinn der Disposition.

Ob in dieser Richtung die neueren Beobachtungen über die organische Pathologie weiteren Aufschluß geben, wird die nächste Zukunft zeigen. Jedenfalls bemühen sich auch hervorragende Vertreter der *Freud*'schen Schule, wie *Schilder* (67), einem Verständnis der Neurosen von dieser Seite her näher zu kommen. Er kommt zu dem vorläufigen Schluß, daß, wenn eine Schädigung des extrapyramidalen Systems vorliegt, dann es sich nur um die physische Auswirkung der hysterischen Psyche handeln könne.

---

139) Allgemeines über den hysterischen Anfall, Zeitschr. für Psychotherapie und med. Psych., 1. Jahrg., 1909; zit. nach *Abraham* (1).

Oder, anders ausgedrückt, „die psychische Einwirkung die Funktion der Stammganglien abändern könne". Im ganzen jedoch sei eine Striatumerkrankung nicht geeignet, zum Bilde der Hysterie zu führen, die Beeinflussung extrapyramidaler Funktionen durch psychische Vorgänge dagegen nicht zu leugnen, indem die striopallidären Erkrankungen erleichternd für die physischen Wirkungen der neurotischen Triebeinstellung wirken.

Gegenüber der *Breuer*'schen Annahme der „hypnoiden Zustände" bedeutet die *Freud*'sche Erklärung einen wesentlichen Fortschritt, indem die fortdauernde krankhafte Wirkung eines einfachen Affekts verständlich wird: durch den aktiven Vorgang der Verdrängung wird ein Konflikt geschaffen, der nicht, wie bei gesunden Menschen, auf irgendeinen der obigen Wege — und später hat *Freud* noch mehrere angegeben, die sich heute auch die allgemeine Psychiatrie zunutze gezogen hat — gelöst wird, sondern dessen Lösung mißlingt, weil der zu verdrängende Inhalt zu mächtig ist. Auf die Tatsache der Verdrängung des Inhalts, wodurch dieser z. T. ins Unbewußte gelangt, schließt *Freud*, wie schon gesagt, aus dem bei der Analyse des Patienten ersichtlichen Widerstand, der Abwehr, die dieser den entgegengesetzten Bestrebungen, ihn „ans Licht" zu bekommen, leistet. Aus der Hartnäckigkeit dieses Widerstandes darf auch auf ein schon vor längerer Zeit stattgefundenes Erlebnis geschlossen werden, auch wenn der äußere Anschein dagegen spricht. („. . . und wenn es auch bei oberflächlicher Betrachtung andere Motive zu sein scheinen (Krankenpflege, Tod eines Angehörigen usw.), so läßt sich bei eingehender Nachforschung regelmäßig eine unbewußte Verknüpfung dieser banalen Erlebnisse mit sexuellen und infantilen Eindrücken nachweisen. Die hysterischen Kranken leiden an Reminiszenzen" [140]).

In dieser summarischen, laienhaften Weise haben wir die Grundzüge der *Freud*'schen Neurosenlehre, soweit sie für die Hysterie von Bedeutung sind, darzustellen versucht. Entsprechend unserer Beurteilung des Sachverhalts erscheint auch unserem Empfinden die Stellung, welche die kindliche Sexualität in *Freud*'s Lehrgebäude einnimmt, übertrieben, was bei unserer Darstellung nicht zum Ausdruck gekommen ist, da wir keinen Wert darauf legten, durch weitere Beispiele die Schattenseite des so ungemein anregenden Denksystems der Psychoanalyse hervorzustreichen. Jedenfalls verstehen wir *Bing* mit seinem früher erhobenen Einwand (S. 67 ff.), möchten aber für unsere Person ein definitives Urteil erst auf Grund langjähriger Beschäftigung mit diesen Lehren abzugeben wagen. Viel dankbarer ist es, die Lichtseiten der analytischen Forschungsrichtung zu erkennen und auf uns einwirken zu

---

140) Zit. aus: *Hitschmann, Freud*'s Neurosenlehre, Leipzig-Wien, nach *Lewandowski* (27).

lassen. Da ist es nach unserem Empfinden weniger die Rolle, die *Freud* mit Recht der Sexualität als pathogenem Faktor zuschreibt, als vielmehr die prinzipielle Einstellung zum Kranken: diese mit geistreicher Intuition den Menschen als Ganzes betrachtende, auf seine Klagen in liebevoller Bemühung eintretende und jedem herzlosen Materialismus Einhalt gebietende Denkweise, die hier von jedem Psychotherapeuten mit Recht verlangt wird. Was uns auch die Psychoanalyse von vornherein der näheren Betrachtung für wert erscheinen läßt, ist die Einsicht in die so verwirrende Fülle der Lebensmöglichkeiten, in die psychologische Schicksalhaftigkeit innerhalb der in Frage stehenden seelischen Reaktions- und Entwicklungsmöglichkeiten beim Kind und beim Erwachsenen, die uns die Wiener Schule in dem Begriff der „Verdrängung" vermittelt. — Mit diesem, an die Adresse des heute noch erfolgreich tätigen Begründers einer weltbekannten psychologischen Forschungsrichtung gerichteten dankbaren Bekenntnis möchten wir die eigentliche Psychoanalyse, deren Vertreter wir hier unmöglich alle auch nur bei Namen nennen können, verlassen, um uns den von ihr ausgehenden „Seitenzweigen" ganz kurz zuzuwenden.

Sie alle wären ohne die Psychoanalyse als ihrem Mutterboden undenkbar, mögen sie sich auch noch so weit von ihm entfernt haben oder ihn gar als solchen verleugnen. In einer vergleichenden Betrachtung über den Hysteriebegriff sind sie nur insofern am Platz, als die Hysterie zu den Neurosen gehört, die als wichtige Äußerungen krankhafter Lebenshaltung das Interesse dieser Ärzte geweckt und sie zu gründlichem Studium angeregt haben. Wir haben uns hier nur auf die wichtigsten zu beschränken.

Es sei zuerst *Jung*, der bedeutende Zürcher Gelehrte, genannt. Was seine zahlreichen Arbeiten zum Neurosenproblem, seitdem er sich von *Freud* durch dessen übertriebene Betonung der Sexualität abgestoßen fühlte, ausgezeichnet, ist seine weite, auch auf kosmisch-metaphysische sowie regressiv-archaische Zusammenhänge zurückgreifende, die Persönlichkeit noch weit mehr in ihrer Gesamtheit fassende Betrachtungsweise. Er vertieft darin die „Kenntnisse der in die Zukunft gerichteten Tendenzen der Neurose gegenüber der rein historisch-psychogenetisch arbeitenden Originalanalyse *Freud*'s" (*Schultz*, 69) und betont die individuelle Quote der auch in einem allgemeinen Problem wie den Neurosen liegenden Grundfragen („Menschlichkeitskonflikte und Zeitprobleme, endloser Kampf zwischen dem Prinzip des Ich und dem Prinzip des gestaltlosen Triebes werden je nach den verschiedenen Persönlichkeitstypen zu verschiedener Problemstellung und Konfliktserlebnissen führen, die *Jung* zu der tiefgreifenden Scheidung „extravertiert" und „introvertiert" führten"), (*Schultz*, 69). Damit ist auch der (neben dem „kollektiven Unbewußten") am besten bekannte, von *Jung* aufgestellte Gegensatz zu Worte gekommen. Mehr als Andeutung und Anregung will dieser kurze Hinweis auf

die reiche Lebensarbeit unseres verehrten Landsmannes in diesem Zusammenhang nicht sein.

Mit *J. H. Schultz*, der sich selbst auch um neue Wegweisung in der Psychologie und Psychiatrie sehr verdient gemacht hat (s. seinen Beitrag im Handbuch von *Bumke* (26) und die weiteren Arbeiten, 69), möchten wir hier auf die amerikanische „Behaviour- Psychologie" hinweisen, die die Selbstbehauptungstendenz als Grundursache der Neurosen ansieht in Form einer „beinahe instinktiven Selbstbehauptungsreaktion" (*Schultz*, 26). Da sich diese Theorie ableitet von der Individualpsychologie, führt sie uns ohne weiteres zu dieser über.

Alfred Adler, der noch nicht lange verstorbene Wiener Psychologe, ist ein Freund und Schüler *Freud*'s gewesen und hat sich später von diesem getrennt, ebenso wie *Jung*, *Maeder* u. A.

Nach seiner Auffassung, die sich von dem „körperlichen Entgegenkommen" der *Freud*'schen Neurosenlehre (s. S. 149) ableiten läßt, spielt die „finale Einstellung des einzelnen Individuums", die Tendenz, sich durchzusetzen gegenüber der Umwelt, eine entscheidende, *die* pathogene Rolle. Das *Freud*'sche Entgegenkommen nennt sich bei *Adler* „Organminderwertigkeit", wobei es sich meist, aber nicht notwendig, um konstitutionelle Defekte handelt. Um diese Schwäche zu kompensieren, zeigt der Psychopath eine entsprechend gesteigerte Kraft, seine Existenz dennoch seinen Ansprüchen gemäß zu gestalten, der Zweckmäßigkeit seines Daseins keinen Abbruch geschehen zu lassen. Der „Wille zur Macht" ist das Leitmotiv seines Lebenskampfes, die Grundlage, daß jede Handlung der Persönlichkeit der Befriedigung ihres Geltungsstrebens dienen soll. Während es im Gebiet des Physischen Kausalität gibt, existiert im seelischen Bereich nur das Gesetz der Finalität.

Aus dem Widerstreit zwischen Geltungsstreben und Minderwertigkeitsgefühlen wird der Weg zur psychopathischen Manifestation in die neurotische Haltung gewählt, indem diese als Surrogat für die sonst fehlende Macht betrachtet wird durch den ihm innewohnenden Zwang auf die Umgebung, sich mit dem psychopathischen Individuum zu beschäftigen.

Etwas befremdlich klingt, daß die Ursache für dieses Eintreten in die genannte Haltung sozusagen immer äußere Faktoren sind. Es gibt kaum eine psychopathische Anlage, und unter neurotischen Bedingungen werden alle Menschen neurotisch, die Bezeichnung „psychopathisch" wird als Begriff für denkfaule Kliniker hingestellt.

Auf die spätere Wandlung, durch die der Begriff der Organminderwertigkeit zugunsten einer rein psychologischen Betrachtungsweise zurückgetreten ist, wollen wir hier nicht näher eingehen, sondern nur noch bemerken, daß nicht nur von amerikani-

schen Autoren (s. oben), sondern auch deutscherseits[141]) in tiefgründiger Weise die Lehre von der Individualpsychologie ausgebaut worden ist, unter weitgehender Behebung der dem *Adler*'schen System anhaftenden Mängel der Einseitigkeit und Oberflächlichkeit.

Mit *Adler* sind wir an den Schluß unserer Zusammenstellung gelangt und wollen noch kurz einige sich aus ihr ergebende Betrachtungen allgemeiner Art anschließen.

Schlußbetrachtung.

Wir haben im Verlauf unserer Arbeit die mannigfachsten Ansichten über die Ursache der Hysterie kennengelernt. Diese in einer Zusammenfassung wiederzugeben, wäre unnütze Arbeit. Dagegen läßt sich schon aus unserer Einteilung ersehen, daß wir zwei große Auffassungen einander gegenüberstellen können: die „organische" und die „psychologische". Dieser Dualismus berechtigt uns zu dem vielleicht etwas großartigen Attribut, das wir in die Überschrift unserer Arbeit gesetzt haben. Es soll in dem Sinn verstanden werden, daß durch die Aufzählung aller dieser Meinungen aus den beiden Lagern einmal die Einseitigkeit der meisten Autoren bis in die Neuzeit deutlich wurde, und daß aus der Gegenüberstellung der neueren Auffassungen die von der Antithese zur Synthese möglichen und nötigen Wege beleuchtet und ein wenig klarer werden. Sollte dies der Fall sein, so würde diese bescheidene Arbeit das Ziel, das sie sich gesetzt hat, in mehr als zufriedenstellender Weise erreicht haben, da ja den Anreiz dazu nur die Mannigfaltigkeit menschlichen Geistes, auf den Grund einer Sache zu gelangen, bildete. Jene zweite Ansicht hat sich uns erst im Verlauf der Beschäftigung mit dem interessanten Stoff ergeben. Aus dem Ergebnis der bestätigten Vielfältigkeit menschlicher Forschungswege und -resultate allgemeine Schlüsse zu ziehen, wäre ein zu weit führendes Unternehmen. Dagegen wollen wir versuchen, die Problemstellung auf dem Grenzgebiet Soma—Psyche in Form kurzer Andeutungen zu skizzieren und zu zeigen, in welcher Art wir unsere vergleichende Studie aufgefaßt und eventuell verwertet wissen möchten, soweit das vorliegende Material dies gestattet.

Daran zweifelt ernstlich niemand, daß wir es auf dem Gebiet der Neurosen, also auch der Hysterie, mit derjenigen Sphäre menschlichen Seins zu tun haben, auf der sich somatische und psychische Funktionen und Zustände am innigsten berühren, ja zum größten Teil in sehr unübersichtlicher Weise sich miteinander vermengen. Wenn es anthropologischer Geistestätigkeit überhaupt möglich ist, die Natur dieser „Verzahnung" zu durchschauen, so kann es sich dabei nur um folgende Möglichkeiten handeln:

141) *W. Stern:* Person und Sache, 3 Bände, Leipzig, 1923—1924.

1. Wie bisher meist angenommen, handelt es sich bei dieser Verkettung um psychisch-physische Parallelvorgänge, indem einem psychischen ein physischer, gleich gerichteter Vorgang zugeordnet ist oder umgekehrt. Diese Annahme[142]) hat heute kaum mehr höhere Bedeutung als diejenige einer Arbeitshypothese, da diese Gleichschaltung zu keinem den Tatsachen entsprechenden tieferen Verständnis führen kann.

2. Oder wir haben es mit einem Wirkungszusammenhang zwischen psychischen und physischen Korrelationen zu tun, eine Vorstellung, wie sie hauptsächlich in der von uns dargestellten Erforschung der psychogenen körperlichen Symptome vertreten ist. Sie wurde, wie wir gesehen haben, auf die verschiedenste Weise gelöst. Prinzipiell kann es sich dabei um zwei Wege handeln: entweder um ein existenzielles Hervorgehen der Erscheinungen des einen Bereiches aus demjenigen des anderen, z. B. die Entstehung einer Lähmung aus einem bestimmten Affekt heraus (auf irgendeinem der angeführten Wege); oder dann sind die körperlichen Symptome „Epiphänomene" des Psychischen, im Sinne eines Potenzcharakters des körperlichen Phänomens, d. h. eine psychische Entladung führt nur insofern zur körperlichen Äußerung, als sie in ihrer ursprünglichen Auswirkung der einwirkenden Ursache nicht völlig Genüge leisten konnte. Solange dem Psychischen das alleinige Primat zugeschrieben wird, die Stellung des Bewirkenden einzunehmen, wird es Mühe machen, für diese Mechanismen das nötige Verständnis aufzubringen, jedenfalls wird der Psychogeniebegriff in seiner heutigen Fassung nicht in dieser Weise, sondern stets in derjenigen eines einfachen kausalen Zusammenhangs interpretiert, wie es z. B. am Begriff der „psychogenen Enthemmung" klar geworden sein dürfte.

Mit dieser Frage haben sich in grundsätzlicher Stellungnahme viele medizinische und philosophische Autoren auseinandergesetzt, von denen wir (nach *Jahrreiss*, 28) nur *Goldstein* (vgl. auch *Guttmann*, 25), *Friedrich Kraus*, *v. Bergmann*, *W. Stern* und *Palagyi*, sowie *Klages* und *Scheler* (vgl. S. 131) nennen möchten (vgl. auch *Hans Zweig*, Zbl. f. Neurol., 61, 1932). Es handelt sich eben in diesen Beziehungen nicht darum, auf welche Wagschale wir das Gewicht legen, nicht um eine „Akzentverschiebung" (*Jahrreiss*) zwischen körperlich und seelisch, sondern es muß ein von beiden Seiten her gleicherweise bedingtes Zusammenspiel gefordert werden, soll die Erkenntnis dieser Zusammenhänge Aussicht darauf haben, weiter gefördert zu werden. Die Klärung dieses sowohl die Biologie als auch die Geisteswissenschaften in ihrem Kern tangierenden Problems sollte von derjenigen des Neurosebegriffs ausgehen, einem Gebiet, dem man, wie wir sahen, sowohl von psycho-

142) Vgl. *O. Schwarz:* Philosophische Grenzfragen der Medizin, 1930.

logischer als auch biologischer (neurologischer), endokrinologischer und vererbungswissenschaftlicher (75) Seite zu Leibe zu rücken begonnen hat („organismische Biologie" als medizinisch-philosophische Disziplin). Bevor aber die Abgrenzung dieses dunklen Punktes einigermaßen scharf ist, wird eine Belebung der abstrakten theoretischen Forschung von hier aus nicht möglich sein. Schon die nachgenannte Einteilung (nach *Schultze*) der Neurosen zeigt, welche heterogenen Elemente hierunter noch vereinigt sind:

1. Fremdneurose	exogen aus allo-psychischem Konflikt,
2. Randneurose	physiogen aus physiopsychischem Konflikt,
3. Schichtneurose	psychogen aus endopsychischem Konflikt,
4. Kernneurose	charakterogen aus autopsychischem Konflikt,

so sehr die psychophysischen Bestrebungen daran zu schätzen sind.

Auch wenn wir einige der bekanntesten Neurose-„Definitionen" von *Siebeck* (von Neurose reden wir dann, „wenn typische psychische Zusammenhänge zu krankhaften Erscheinungen führen", 70), von *Schilder* („. . . wenn durch die neurotische Einstellung des Individuums in der Funktion eines Organs wesentliche Änderungen eingetreten sind") (zit. nach *Jahrreiss*) oder von *Jahrreiss* (28) selbst („Organneurose = Psychogenie krankhafter Bewegungsabläufe") einander gegenüber halten, so sehen wir, welch' verschiedene Wege diese Forschung noch geht, wie sehr daher auch das philosophische Analogon, das Leib-Seele-Problem noch im Argen liegt, trotz der vielfachen Förderung, die es von der Psychologie (Tiefenpsychologie; *Freud*) und Physiopathologie her erfahren hat in den letzten Dezennien.

Diejenigen physiologischen Gegebenheiten, die die nächste Beziehung zum Gebiet der Neurosen haben, sind die Funktionsabläufe im vegetativen Nervensystem; denn aus ihnen setzt sich der Begriff des Organismus nach der *Hess*'schen Umschreibung („Organismus = Verknüpfung vegetativer Funktionen verschiedener Organsysteme untereinander") zusammen. Daß auch hier noch sehr viel Unklarheit herrscht, ist jedem mit der Materie Vertrauten ohne weiteres klar. Man denke nur an die so widerspruchsvolle Pharmakologie dieses Systems. Verflechten sich doch hier neuronale, hormonale und ionale Prozesse zu einem komplexen Gefüge. Die Konstanz des psychogalvanischen Reflexphänomens (*Veraguth*) spricht aber — wenn auch vielleicht nicht unbedingt für die *Bergmann*'sche Annahme, der nervöse Einfluß bewirke eine Verschiebung des Elektrolytmilieus der Zelle — ebenso deutlich wie die von *Altenburger* und *Kroll* (2) wiedergegebene (s. S. 68, 77) Beeinflussung der zentripetalen Leitung durch die Suggestion für intime Zusammenhänge zwischen vegetativem Nervensystem und Psyche.

Angesichts dieser Verhältnisse, deren Kompliziertheit wir wohl nach unserer Schilderung nicht weiter zu betonen brauchen, er-

scheint uns ein erklärter Skeptizismus, wie er von verschiedener, sehr kompetenter Seite her laut wird, sehr wohl verständlich. Scheinen sich doch auf allen Seiten nur unübersteigbare Berge von Schwierigkeiten zu häufen. Wenn wir hier diese Bedenken z. T. wörtlich zitieren, so nicht deshalb, um der Hoffnungslosigkeit auch unsererseits Ausdruck zu verleihen, sondern, um einerseits die Schwierigkeiten dabei auch in prinzipieller Weise geäußert zu zeigen und in weiterer Sicht, um uns mit der möglicherweise eines Tages eintretenden Tatsache definitiver Resignation vertraut zu machen. Oder anders gesagt: bei aller Bemühung um eine Lösung, auch wenn sie erfreuliche Fortschritte präsentieren wird, sind unserem Erkennen vielleicht auch hier unüberwindliche Grenzen gesetzt, die eines Tages als solche von der Allgemeinheit eingesehen werden. Dies wird uns jetzt schon in Form einzelner sehr ernster, an das Jenseits der Grenzen gemahnender Stimmen, in Worten, die das möglicherweise entgegengehaltene „Veto" durchtönen lassen, sehr eindringlich bewußt.

So *Bumke* (zit. nach *Jahrreiss*): „Der Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Vorgängen bleibt uns unbegreiflich, selbst dann, wenn wir wüßten, was sich auf beiden Seiten entspricht. Dieses tatsächliche Wissen allein wäre Sache des Mediziners, alles weitere gehört in die Philosophie". Oder auch *Pollnow* (bei *Jahrreiss*): „Der Mediziner rechnet mit der Tatsache psychophysischer Korrelationen. Damit ist aber zugleich gesagt, daß wir von einer Psychogenie körperlicher Erscheinungen nur vergleichsweise reden können."

Woran liegt dieses, wie es scheint, Stehenbleiben auf dem toten Punkt? Ist die einseitige Betrachtungsweise schuld daran, wie aus *Bing*'s Forderung an die Psychiatrie, diese müsse sich von der rein psychologischen weg einer auf allgemein biologischen Kenntnissen fußenden Betrachtungsweise zuwenden (5, n)? Oder hat *Weizsäcker* recht, wenn er sagt: „Man braucht nur einmal mit dem Postulat ernst zu machen, in jedem Fall die exogene und die endogene oder die somatologische und die psychologiche Betrachtungsweise durchzuführen, so wird man bald zu dem Idealbild einer Medizin kommen, die in allen Fällen statt des *Hoche*'schen „Entweder-Oder" ein „Sowohl-Als-Auch" nachweist" (zit. nach *Guttmann*, 25). Entsprechend diesem Postulat, fordert dann *Guttmann* eine „mehrdimensionale Diagnostik". Sind die Mißerfolge in der Neurosenforschung wirklich auf diesen engen Horizont ihrer Bearbeiter zurückzuführen? Kann uns eine Weiterführung der synthetischen Denkweise, wie sie *Szondi* (75) aus dieser Einsicht heraus versucht hat, in dieser mißlichen Lage weiterhelfen? Werden weitere „globale" Synthesen, nach Art derjenigen *Szondi*'s, der den Neurotiker als den auf einer primitiven, vielfach auf archaisch-infantiler Stufe der Trieborganisation fixiert gebliebenen „Extremvarianten" betrachtet, zum Ziele führen, und handelt es

sich bei der Differenz zwischen psychoanalytischer und neuroendokriner Schau wirklich nur um nomenklatorische Abweichung bei im wesentlichen gleicher Einstellung?

Aus weiteren Wunschbefehlen an die Autoren der Neuroseforschung könnte man von einer nüchternen, nur an den Tatsachen festhaltenden Stellungnahme auf eine Lösung dieser schwierigen Fragen hoffen. Sicher ist es berechtigt, wenn derselbe *Szondi* (l. c.) die „Herausarbeitung neuer konkreter Tatsachen über die neurotischen Beziehungen" verlangt, wenn *Imbert* (35) die spekulativen Ambitionen gewisser Disziplinen von den empirisch feststehenden klinischen Tatsachen scharf getrennt haben will, und wenn *Strümpell* (74) „die große Unsicherheit in der Neurosenfrage auf die Herbeiziehung völlig unsicherer und unbewiesener psychologischer Theorien und Voraussetzungen" zurückführt und an jeden Forscher den Appell richtet: „sich der Grenzen seines Wissens und Urteilens stets bewußt" zu bleiben und bei seinen Publikationen streng zu scheiden zwischen dem aus der Beobachtung und dem aus dem Nachdenken darüber Gewonnenen. Sind wir berechtigt, nach Abstellung dieser Mängel eine Förderung des Hysterie- und des Neurosenbegriffs, sowie des Leib-Seele-Problems von der dualistischen zu einer monistischen Betrachtungsweise zu erhoffen?

Wenn jene früher genannten Autoren diese Frage mit Kopfschütteln oder Achselzucken beantworten, so liegt diesen letztzitierten Postulaten ein gutes Stück von gläubig-idealistischem Optimismus zugrunde. Mit welcher Seite sollen wir es halten? Mit *Babinski*, der wohl in der Verneinung einer Lösungsmöglichkeit am weitesten geht mit seinem kategorischen Satz: „A mon avis, ces deux ordres de troubles sont séparées en ce qui concerne leur nature, non par un fossé, mais par un abime" (4, k). Oder mit *von Weizsäcker* (s. bei *Guttmann*), wenn er seine Meinung dahin äußert, „daß psychogene und organische Krankheiten eben eine breite Zone der körperlichen Ausdrucksgemeinschaft teilen"?

In eben dem Maße, als wir Menschen sind, wird auch in der Hysterieforschung, unserer Schicksalsgebundenheit entsprechend, unser Geist nicht ruhen, bis wir bei einer als wohlbegründet erscheinenden Theorie angelangt sind, um sie dann, sobald nur irgendwo Anzeichen einer noch besseren Fundierung vorhanden sind, umzustürzen und durch die neue zu ersetzen. Mag diese Stütze kommen woher sie will: mehr von einer bestimmt umschriebenen früheren Auffassung wie bei *Delmas-Marsalet* (15) die *Pawlow*'sche Theorie der bedingten Reflexe, wenn er schreibt: „Le jour où l'on sera persuadé qu'une grande loi d' „induction réciproque" régie les relations entre les diverses fonctions du système nerveux et que ce qu'il est convenu d'appeler le psychisme n'échappe pas à cette loi, l'étude des phénomènes hystériques réservera moins de surprises". Oder in Form einer nach allen

Seiten gerichteten universellen Schau, wie dies im Bekenntnis *von Bergmann*'s (zit. bei *Jahrreiss*, 28) zum Ausdruck kommt: „. . die organische, beseelt leibliche Existenz Mensch stellt ein psychophysisches Gesamtgeschehen dar, das uns als Vorgang in der Welt der Objekte erscheint, das aber zugleich untrennbar in sich enthält ein Geschehen in der Welt der Subjekte, weil aus einer einzigen Welt zwei getrennte Welten künstlich durch unser Erkennen konstruiert werden, um zu forschender Erkenntnis gelangen zu können".

Aber immer, auch bei aller Resignation, dürfen wir als hoffende Menschen zusammen mit *Strümpell* (a. a. O.) bekennen: „Je mehr wir uns an die einfachsten, feststehenden Erfahrungen und Tatsachen des Bewußtseins halten, umso eher dürfen wir hoffen, vom Wege der Wahrheit wenigstens nicht allzuweit abzuweichen . . . Das Wahre bricht sich dann stets von selbst Bahn, mehr durch die ihm innewohnende Macht als durch die Lautheit der Behauptung."

Anhang I:
Autoren-Register.

Abraham, 129, 147, 149.
Achard, 89 f.
Adie, 79 f.
Adler, 53, 152 f.
Aetius von Amida, 6, 17.
Albert, 127.
Alberti, 17.
Alexander von Tralleis, 6.
Allen, 30.
Altenburger, 69, 77, 155.
Amard, 12, 39.
Andral, 12, 44.
Anton, 60, 129, 132.
Apollodorus, 3.
Apollonius von Tyana, 5.
Aretaeus, 5, 17.
Aschaffenburg, 124.
Aschoff, 1, 2, 54.
Asklepiaden, 4.
Astruc, 11, 17, 21 f.
Athanassio, 89.
Aurelianus, 6.
Avicenna, 6.
Axenfeld, 89.

Babinski, 12, 13, 14, 16, 40, 50, 63, 68, 69, 73, 74, 79, 90—96, 97, 100, 103, 104, 105, 107, 110, 114, 122, 125—128, 136, 146, 157.
Bacon, 9.
Baillou, 17.
Bain, 87.
Ballet, 96.
Barbeyrac, 10, 26 f.
Barbier d'Amiens, 38 f.
Baruk, 15, 66.
Bechterew, 13.
Behr, 79.
Benedictus, 8.
Benedikt, 12, 40.
Berbez, 90.
Bergeron, 62.
Bergmann, G. von, 154, 155, 158.
Bernheim, 12, 87, 90, 95, 96—97, 98, 100, 105, 146.
Bielschowski, 71.
Biervliet, van, 68.
Billroth, 88.
Bing, 12, 13, 16, 18, 46, 48, 50, 51 f., 54 ff., 59 f., 61, 62—71, 72 ff., 76, 77 f., 79, 85, 94, 96, 116 f., 126, 131, 134, 136, 150, 156.
Binet-Sanglé, 12, 74 f., 143.
Binswanger, 13, 30, 85, 99, 101, 103 f., 110, 119 ff., 143, 146.
Birnbaum, 13, 124, 133, 140, 141.
Blackmore, 11, 26, 28 f.
Bleuler, 13, 123, 125, 133, 136 ff., 141, 143.
Blocq, 105—106, 107.
Blum, 90.
Blum, Rob., 137.
Boerhaave, 10, 29, 32.
Bogaert, van, 15, 56, 61, 63, 74, 78 f.
Boinet, 90.
Boisseau, 17.
Bonhoeffer, 13, 116, 118, 123, 125, 128 f.
Boschi, 71, 131.
Bostroem, 56, 61.
Bouillaud, 25 f.
Bourneville, 89.
Brachet, 11, 44 f.
Bratz, 68.
Braun, 85, 130, 131, 134, 140 f.
Breuer, 12, 103, 120, 122, 136, 142—146, 147, 150.
Briand, 71, 96.
Briquet, 5, 12, 17, 21, 25, 41, 44 ff., 73, 83, 85, 88.
Brissaud, 89.

Brisseau, 26 f.
Brissot, 96.
Brodie, 30, 36 ff., 39, 45, 102.
Broussais, 11, 17, 23, 24.
Brower, 39.
Brown, 39.
Brunet, 17.
Buchner, 10, 17.
Bürger, 52.
Bumke, 46, 125, 138, 152, 156.
Buscaino, 71, 79.

Calligaris. 71.
Carniol, 73.
Cassirer, 71.
Celsus, 5, 17.
Cesbron, 2, 3, 8, 17, 23, 31, 33, 37, 41, 46, 69, 74 f., 89, 96, 100, 102, 104 f., 107.
Chambon, 10, 17, 22.
Charaka, 2.
Charcot, 7, 12, 13, 14, 25, 36, 37, 40, 48, 65, 68, 73, 80, 85 ff., 89 f., 91. 95 f., 98, 108, 112, 126, 142, 144.
Charpentier, 96.
Chastelain, 10, 26.
Chesneau, 17.
Cheyne, 11, 26 ff.
Chirac, 26 f.
Chiray, 96.
Christiansen, 14.
Claparède, 100.
Claude, 15, 66.
Clunet, 68.
Conolly, 30, 37.
Copeland, 30, 37.
Cramer, 122.
Cullen, 11, 23.
Curschmann, 13, 130, 142.

Dagonet, 90.
Danielopolu, 73.
Delmas-Marsalet, 16, 50 f., 78, 127, 157.
Demokrit, 4, 17.
Demoor, 75.
Dercum, 119.
Diemerbroek, 17.
Donkin, 107.
Draganesco, 57, 61.
Dressler, 79.
Dubois, 13, 115 f., 137.
Dubois d'Amiens, 11, 38 f.
Dukor: s. Slotopolski.
Dumoulin, 29.
Duparcq, 17.
Dupré, 96.
Duret, 8.
Dutil, 89, 96.
Duval, 75.

Economo, von, 15, 54.
Empedokles, 4, 17, 19.
Engelen, 129.
Erdelyi, 51.
Espenel, 96.
Ettmüller, 17.
Eusebius, 5.
Ewald, 57.
Exner, 120.

Falkiewicz, 57, 61.
Féré, 104.
Fernel, 8, 9.
Ferrand, 96.
Ferrier, 88.
Fleming, 30.
Fleury, 30.
Foerster, 69, 75, 77.
Forel, 13, 136.
Forestus, 9, 17.
Forget, 30, 38.
Forster, 132.
Fourcade, 17.
Foville, 43.
Fracassini, 30.
Freind, 11, 17.
Freud, 12, 51, 67 f., 80 f., 103, 113, 122, 134, 136, 139, 142 ff., 145, 146—151, 152 f., 155.
Froment, 68, 74, 90, 96, 126 ff.

Galen, 4, 6, 8, 10, 17, 19 ff., 26.
Gall, 23, 81.
Gamper, 57, 61.
Ganser, 123, 134, 138.
Gardien, 30.

Gaupp, 13, 124, 125, 130 ff., 139.
Gendrin, 30.
Georget, 11, 43 ff., 73.
Gérard, 12, 44.
Gerstmann, 57, 61, 62 f., 65, 70.
Gilles de la Tourette: s. Tourette.
Girard, 12, 44.
Goldstein, 52 f., 61, 154.
Goltz, von, 72.
Gorter, de, 11, 29.
Graaf, 27.
Grasset, 12, 13, 46 ff., 101.
Griffin, 12, 40.
Guinon, 90, 107.
Guiscard, 7.
Guttmann, 52 f., 154, 156 f.

Hässig, 50, 55.
Hallopeau, 90.
Hanot, 90.
Harvey, 9.
Haskovec, 56, 65, 79.
Hasse, 30, 38, 46.
Hauptmann, 131, 140.
Havet, 75.
Head, 75.
Hecker, 114.
Hellpach, 123, 132 f.
Helmont, van, 10.
Héricourt, 105.
Herodot, 2.
Hess, 155.
Highmore, 10, 26, 29.
Hiller, 57 f., 76.
Hippokrates, 1, 4 ff., 17—19, 28.
Hirsch, 61, 65, 70, 80 f.
Hitschmann, 150.
Hoche, 13. 132, 156.
Hochstetter, 10, 41 f.
Hoffmann, 10, 82 f.
Holerius, 8, 20, 26.
Holler, 8.
Horstius, 17.
Huchard, 89.
Hufeland, 30, 37.
Hunauld, 82.
Hunter, 126,

Imbert (20. Jahrh.), 3, 13, 55 f., 61, 63, 66 f., 68, 69, 73 f., 85, 90, 96, 126 ff., 157.
Imbert (19. Jahrh.), 84.
Isaac, 12.
Iselin, 55.
Isenflamms, 30.

Jackson, 74, 79, 87.
Jahrreiss, 76 f., 154 f., 156, 158.
Jakob, 51, 60, 70.
Janet, 12, 46, 90, 98—104, 105—107, 115, 119, 131, 136, 146.
Jaspers, 137, 140.
Jolly, 12, 110 f.
Jung, 13, 136, 143, 148, 151 f.

Kahn, 138 f.
Kaufmann, 128 f.
Kawaguzi, 61.
Kehrer, 133.
Kelterborn, 55, 59, 61, 63.
Klages, 131, 154.
Koch, 73.
Kohnstamm, 123, 133.
Kraepelin, 13, 124 f., 132 f., 136, 137, 139.
Kraus, 130, 154.
Krehl, von, 73, 119, 140.
Kretschmer, 7, 16, 71, 130, 133, 134 ff., 138, 140 f., 142.
Krisch. 132, 141.
Kroll, 16, 50, 69, 72, 77, 155.
Kühne, 55, 61, 67, 70.
Kuré, 61.

Landouzy, 11, 23, 24 f., 38, 39, 83 f.
Langius (Lange), 10, 26, 28.
Lasègue, 11, 30, 91, 114.
Laubry, 96.
Laurent, 105.
Legrain, 107.
Lélut, 30.
Lépine, 13, 75.
Lepois (Piso), 9, 10, 30, 41 f.
Lermoyez, 89.
Letulle, 90.
Leubuscher, 68.
Lévy, 55.
Lewandowski, 13, 58, 65, 78, 85, 99, 101, 104, 112 ff., 120, 122, 125. 130.
Lewy, 59, 61.

Lichwitz, 89.
Liébaud, 10.
Liébault, 87.
Liek, 73.
Lietaud, 23 f., 30.
Littré, 91.
Löwenfeld, 147.
Logre, 96.
Lorry, 11, 30, 35.
Louyer-Villermay, 11, 23 f., 43, 73.
Lucanus, 3.
Lyon, de, 26.

Maas, 14.
Maeder, 152.
Magnan, 90.
Marchand, 84.
Marie, 55, 90.
Marinesco, 57, 61, 73.
Martin, 71.
Massary, de, 71.
Mathieu, 90.
Maudsley, 87.
Mauriceau, 20, 26 f.
Mazdejesnan. 2.
Mead, 11.
Meggendorfer, 61, 63, 66.
Meige, 3, 14, 65, 68, 96, 119, 126.
Mérat, 38 f.
Mercurialis, 17.
Meyer (19. Jahrh.), 11, 108.
Meyer (20. Jahrh.) 125.
Meynert, 87.
Milles, 60.
Mingazzini, 60 f.
Minkowski, 72.
Moebius, 12, 100, 101, 109 ff., 115, 119, 136.
Moeli, 123.
Moerchen, 134.
Monakow, von, 81, 115 f., 134.
Monneret, 30.
Montaigne, 9.
Montanus, 8.
Morgagni, 17.
Moschion, 4.
Mourgue, 58, 61.
Müller, 73.
Munk, 72.
Musset, 17.

Nachmansohn, 71 f., 81, 85, 115 ff., 133, 134.
Naville, 58, 63.
Nonne, 128.

Odier, 75.
Oettli, 134, 139.
Okinaka, 61.
Ollivier d'Angers, 12, 40.
Oppenheim, 13, 14, 67, 111 ff., 116, 119, 125, 127 ff., 146.
Oribasius, 6.
Ovid, 3.

Palagyi, 154.
Papastratigakis, 52, 61. 71.
Paracelsus, 8.
Paré, 9, 17.
Parinaud, 89.
Parkinson, 14, 54 ff., 59.
Paul von Aegina, 6, 17.
Pawlow, 16, 50 f., 72, 157.
Petétin, 82.
Pick, 71, 72.
Pienkowski, 71.
Pinel, 11.
Piorry, 17.
Piso: s. Lepois.
Pitcairn, 11, 26 f.
Pitres, 50, 89 f., 91.
Platon, 5, 17, 19.
Plutarch, 3.
Pönitz, 13, 85, 128 ff., 132, 135, 137, 140 f.
Pötzl, 52 f.
Pollnow, 156.
Pomme, 11, 30, 32 f., 34 f., 42, 43.
Popowa, 57, 61.
Porter, 12, 40.
Potain, 89 f.
Pott, 63.
Pratis, 6, 41.
Pressavin, 17.
Primerose, 8.
Priscianus, 6.
Purcell, 82.

Puyol, 11, 17, 22 f., 24.
Pythagoras, 4, 17, 19.

Radovici, 15, 57, 61, 63, 72—74, 75, 78.
Raimann, 13, 65.
Raimist, 13.
Rangette, 129.
Raspail, 84.
Raulin, 11, 30, 33.
Raymond, 89 f.
Raynaud, 90.
Regis, 87.
Reichardt, 130, 132 f., 139.
Ribot, 87.
Richer, 7, 69, 89 f.
Richter, 71.
Ridley, 29.
Rimbaud, 71.
Rivière, 9, 17, 20 f.
Robinson, 29.
Roche, 17.
Rodericus a Castro, 9.
Rohner, 55 f., 60, 61, 65, 71.
Romberg (M. H.), 11, 23, 24 f., 108.
Romberg (E. von), 114 f., 124.
Rostau, 12, 44.
Rothfeld, 57, 61.
Rouquier, 68, 71, 86, 96.
Rubinowitsch, 107.
Rütimeyer, 58.
Runge, 57, 61.

Sahli 16, 48 ff., 134.
Sandras, 11, 30, 37.
Salerno, 7.
Santa, von, 60.
Satyrus, 6.
Sauvages, 11, 30, 34 f., 83 f.
Schacht, 11, 41 f.
Schaeffer, 71.
Scheler, 131, 154.
Schilder, 48, 51, 57, 59, 61, 62 f., 65 ff., 70, 72, 149, 154.
Schlittler, 58.
Schmid, 50, 56, 61.
Schnapper, 10, 17.
Schneider, 137 f.
Schultz, 131, 138, 151 f.
Schultze, 154.
Schutzemberger, 11, 25.
Schwalbe, 14.
Schwartz, 55.
Schwarz, 154.
Sebek, 71.
Sennert, 9, 17, 20 f.
Serapion, 6.
Sherrington, 58.
Shiba, 61.
Siebeck, 133, 139, 155.
Sihle, 73.
Slotopolski-Dukor, 50, 71, 85, 132 ff., 134, 136 ff., 139 ff.
Sokolowski, 125.
Sollier, 12, 47 f., 107.
Sommer, 112, 124.
Soranus, 6.
Soukhanoff, 75.
Souques, 61, 96.
Spencer, 87.
Spiegel, 80.
Spiller, 60.
Stadelmann, 116.
Staehelin, 55, 57 f.
Stahl, 10, 82 f.
Steck, 43, 50, 58, 61.
Stefanoroska, 75.
Stern, 71, 153, 154.
Stierlin, 68, 123.
Stilling, 80.
Strabo, 3.
Stratonicus, 6.
Straus, 71.
Strümpell, 12, 14, 55, 65 f., 68, 110, 115, 117 ff., 139, 157 f.
Susruta, 2.
Swammerdam, 27.
Swieten, van, 29.
Sydenham, 4, 10, 29—32, 33—35, 42, 95.
Sylva, 26 f.
Szokalski, 80.
Szondi, 46, 65, 67, 71, 149, 155, 156 f.

Tabaraud. 107.
Tate, 12, 39.
Teale, 12, 40.
Theodorus, 6.

Thomalla, 71.
Thomas, 12, 40.
Tilney, 14.
Tinel, 66.
Tissot, 11, 30, 32 f., 34.
Todd, 12, 40.
Tourette, de la, 89 f.
Tournay, 77, 78.
Tschamper, 58.
Turck, 12, 40.

Untersteiner, 57, 61.

Valentiner, 11, 38 f., 108.
Varandée, 10.
Veraguth, 155.
Verzár, 70.
Vesalius, 17.
Vincent, 96, 127.
Virgil, 3, 71.
Viridet, 29.
Vogel, 82.
Vogt, C. und O., 51, 54, 60 f., 65, 66 f., 74.
Vogt, Heinr., 68.
Voisin, 12, 44.
Volkmann, von, 119.
Vulpian, 11, 126.

Wagner, 79.
Wagner von Jauregg, 13, 133.
Wartenberg, 56, 61, 70.
Weizsäcker, 16, 156, 157.
Werthemann, 55.
Westphal, 13, 14, 122.
Whytt, 11, 30, 35 f.
Wier, 9, 17.
Willis, 10, 29, 30, 41 f.
Wilson, 14, 59, 61, 69.
Wimmer, 52, 61, 71.
Wormser, 78.
Wundt, 87.

Zacutus Lusitanus, 17.
Ziehen, 14, 62, 120.
Zingerle, 50, 70.
Zoroaster, 2.
Zweig, 154.